

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE FILOSOFÍA



TESIS DOCTORAL

**Estudio comparativo de la noción de síntoma en la obra de
Sigmund Freud y en la perspectiva médica y psiquiátrica actual**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR**

Néstor Rubén Aliani Ceraldi

Director

José Miguel Marinas Herreras

Madrid, 2015



Tesis Doctoral

**“Estudio comparativo de la noción de síntoma en la obra de
Sigmund Freud y en la perspectiva médica y psiquiátrica actual.”**

Ps. Néstor Rubén Aliani Ceraldi

Doctorado
Universidad Complutense de Madrid

Tesis Doctoral
**“Estudio comparativo de la noción de síntoma en la obra de
Sigmund Freud y en la perspectiva médica y psiquiátrica actual.”**

Autor: Ps. Néstor Rubén Aliani Ceraldi
Universidad Autónoma de Entre Ríos – Argentina

Director
José Miguel Marinas Herreras (UCM)

Año 2015

Dedicatoria

A Augusto Aliani, Silvana Aliani y Lorena Loretan.

Agradecimientos

A José Miguel Marinas, Ana Cecilia Augsburguer, Ramiro Sueiro y Guillermo Alvite, porque hicieron posible que terminara esta tesis.

A la Universidad Autónoma de Entre Ríos, a los compañeros docentes y a los alumnos por su inestimable apoyo.

PRIMERA PARTE

Presentación del tema **8**

Formulación Hipotética **9**

Objetivos **9**

Metodología **10**

Breve Historización de la semiología médica **11**

Renacimiento (Siglo XV-XVI) **12**

Neoclasicismo (Siglo XVII Y XVIII) **18**

Modernidad (Siglo XIX - XX) **25**

Cuadro Comparativo **31**

SEGUNDA PARTE

Definiciones actuales de signo, síntoma y síndrome en la Medicina y la Psiquiatría.

1. Medicina

1.1. Signo **33**

1.2. Síntoma **36**

1.3. Síndrome **39**

2. Psiquiatría

2.1. Signo **41**

2.2. Síntoma **45**

2.3. Síndrome **48**

Análisis por disciplina.

1. Medicina **52**

2. Psiquiatría **54**

Análisis por concepto.

1. Signo **56**
2. Síntoma **58**
3. Síndrome **60**

La Noción de Síntoma en la obra freudiana

1. Primeras formulaciones **63**
2. Formación defensiva **66**
3. Sobredeterminación y retroacción **69**
4. Formación del inconsciente **73**
5. Formación de compromiso y sustitutiva **77**
6. Satisfacción sexual y ganancia de la enfermedad **79**
7. Necesidad de castigo y reacción terapéutica negativa **83**
8. Compulsión a repetir **85**
9. Fantasías inconscientes **88**
10. Neurosis de transferencia **90**
11. Inhibición y angustia **92**

TERCERA PARTE

Clínica de la mirada y clínica de la escucha

1. Rembrandt la primera marca. **100**
2. La luz de lo muerto. **102**
3. La mirada del médico. **105**
4. La norma de los cuerpos.
5. La demanda psicopatológica. **113**
6. La escena charcotiana. **120**
7. Hay medicina porque los hombres se sienten enfermos. **124**
8. La otra lógica. **134**
9. No hay relación normal entre los cuerpos sexuales. **144**

Dos lógicas de lectura semiológica.

1. El signo, una herencia Saussuriana. **148**
2. Memoria imposible. **152**
3. Síntoma, signo y síndrome. **156**
4. El síntoma-significante ratten. **158**
5. El cuerpo como un hecho de habla. **163**

La comprensión médica y la interpretación psicoanalítica.

1. Lo incommunicable **167**
2. El modelo comunicacional. **171**
3. El Yo – Individuo y el Sujeto. **180**
4. Lo simétrico, complementario y reversible. **184**
5. La conciencia de sí y la negación. **187**
6. El Yo del enunciado y el sujeto de la enunciación. **190**
7. Transmisión y resistencia. Reconocimiento y repetición. **194**
8. Comprensión y el malentendido. **197**
9. La interpretación freudiana. **199**

Del sistema biológico a las estructuras clínicas

1. Origen del estructuralismo. **203**
2. La estructura como un sistema natural. **205**
3. El síndrome como sistema biológico. **208**
4. La estructura como objeto cultural. **210**
5. La estructura y su formalización lógica. **214**
6. El sistema freudiano y lo que no hace Uno. **217**
7. Una lectura freudiana del estructuralismo. **223**
8. Conjunto covariante de elementos significantes. **223**

La definición de la enfermedad mental.

1. El problema del diagnóstico. **234**

2. Lo universal y lo particular. **239**
3. La transferencia como chance al destino. **242**

Conclusiones **245**

Bibliografía General **252**

Resumen en inglés **262**

PRIMERA PARTE

Presentación del tema

Al iniciar los cursos del doctorado en la UAM mi interés fue focalizar el campo del psicoanálisis y su clínica. Luego de esta primera aproximación, las lecturas me llevaron a indagar la distinción de esa práctica clínica y el orden médico en el cual se insertaba. Desde allí, comencé a investigar cuál había sido el desarrollo en Freud en este campo tan caro a él y ‘las fuentes del psicoanálisis’: la neurología, la fisiología, la psiquiatría y la filosofía. La indagación por las fuentes epistemológicas del pensamiento psicoanalítico y su herencia médica tuvo como ejes muchas lecturas, pero rescato como fundamentales cuatro textos que marcaron un primer núcleo de análisis:

Azubel, Alicia, Medicina y Psicoanálisis, ed. Homosapiens, Rosario, 2001.

Bercherie, Paul, Génesis de los Conceptos Freudianos, ed. Paidós, Buenos Aires, 1988.

Clavrel, Jean, El Orden Médico, ed. Argot, Barcelona, 1983.

Foucault, Michel, El Nacimiento de la Clínica, ed. Siglo XXI, México, 1977.

El texto de Paul Bercherie, con su riqueza, forjó una clara historización de las nociones psicoanalíticas. Explicita los campos científicos y las distintas concepciones epistemológicas que se coagulan en cada concepto freudiano, construyendo un particular campo de intervención en lo psíquico. Una herencia significativa constantemente trabajada en sus efectos de significación, en cuanto avanza la elaboración teórica y su constatación en la práctica clínica.

El trabajo de Michel Foucault, sumado a otros libros que constituían lecturas anteriores, delineó las condiciones y las particularidades de la institucionalización de la medicina moderna. Las necesarias continuidades y discontinuidades de estos orígenes en todos los campos y prácticas de la salud mental en la actualidad.

Los textos de Alicia Azubel y Jean Clavreul, me centraron en la relación entre el discurso del orden médico y el psicoanálisis, pudiendo encontrar allí las primeras claves para definir mi investigación y mi futuro tema de tesis.

La experiencia clínica en el ámbito público y privado, sumado a las líneas de trabajo que fui encontrando durante el periodo de docencia y la temática de mi quehacer en la docencia universitaria, se amalgamaron en mis charlas con el Dr. José Miguel Marinas. Así

surgió el primer tema de la investigación: las propiedades del signo, síntoma y síndrome en el orden médico, tomados en una perspectiva histórica. Mi análisis de este corpus se delimitaba al concepto de síntoma y por extensión al signo y síndrome médicos, como articulaciones lógicas necesarias. Las conclusiones del DEA fundamentan gran parte del material analizado en esta tesis.

Existen múltiples investigaciones respecto de la psicopatología y el síntoma en el campo de la medicina y el psicoanálisis. Pero no hay una investigación sistematizada y comparativa de las dos lógicas semiológicas respecto de síntoma y sus ejes de análisis fundamentales. Ejes comunes como: subjetividad, significación, vínculo transferencial, interpretación / comprensión, modo de percepción, diagnóstico; que pretendo poner directamente en diálogo. La intención es ofrecer a la comunidad académica un material que profundice y sintetice, en lo posible, una temática de actualidad científica en la clínica de la salud mental.

Formulación Hipotética

El trabajo se organiza en torno del análisis exhaustivo de los dos modelos semiológicos sintetizados, cuyas tradiciones epistemológicas son bien diferenciadas y constituirían efectos clínicos disímiles.

Objetivos

Objetivo General:

Caracterizar que continuidades y discontinuidades se articulan entre la formulación del síntoma freudiano y los modelos de interpretación y clasificación del síntoma de una enfermedad mental en el orden médico.

Objetivos Específicos:

Recopilar de manuales y diccionarios vigentes de medicina y psiquiatría, las definiciones de síntoma, signo y síndrome en cada una de ellas.

Definir que continuidades metodológicas que habría entre la psiquiatría y la medicina en la definición de tales nociones.

Establecer los distintos desarrollos y articulaciones teóricas del concepto de síntoma en la obra de Sigmund Freud.

Cotejar el tipo de lectura semiológica establecido por el campo freudiano y por las ciencias médicas que abordan el síntoma psíquico.

Ubicar e historizar en cada una de las tradiciones semiológicas la construcción de sus modelos psicopatológicos.

Metodología

La investigación se orientará en la faz metodológica en la perspectiva cualitativa de tipo descriptiva. Las técnicas básicas que se emplearán para la recolección del material será el análisis bibliográfico y de documentos históricos. Las fuentes de información primaria serán las obras completas de Sigmund Freud y manuales y diccionarios de uso actual en la medicina y la psiquiatría.

Se concebirá un estudio detallado, comprehensivo, sistemático y en profundidad del concepto de síntoma en cada campo semiológico propuesto. Tomando como ejes conceptuales las categorías de subjetividad, significación, vínculo transferencial, interpretación/comprensión, modo de percepción y diagnóstico. Para su puesta en relación se utilizará un análisis comparativo entre los modelos semiológicos sobre la base de las categorías anteriormente mencionadas.

Breve historización de la semiología Médica.

*"La medicina no es sólo una ciencia sino también un lenguaje"*¹

Esta introducción centra el análisis en los procesos que han contribuido a formalizar el lenguaje de la medicina moderna. Nos guiara la hipótesis de que existe la posibilidad de establecer una genealogía del lenguaje del *orden médico*, y bajo este término, podemos agrupar los distintos campos de la salud que se fueron estableciendo a partir del siglo XIX. Entre otros y en la esfera de “lo mental” los discursos de la psiquiatría, la neurología y la psicología.

Existiría una continuidad histórica de términos, principios y criterios que bajo la palabra “orden” trataremos de delimitar. Tales términos, principios y criterios médicos son para cada campo una herencia desde donde las distintas teorizaciones podrán adherir o criticar, desarrollar o desplazar, pero indudablemente, no dejarán de estar atravesadas. El orden médico moderno se constituye en el momento que se provee de condiciones suficientes para su posterior desarrollo: la definición de un lenguaje técnico propio. Es en el Renacimiento donde esta inflexión de consecuencias metodológicas, técnicas y prácticas empezará a gestarse, consolidándose casi plenamente en los siglos XVII y XVIII.

Si algo define el orden médico, es sin duda, la búsqueda y consolidación de un lenguaje más fiel y mejor modulado. Y este se consolida a través de un sistema de códigos, una segmentación, estos tipos de variación afectarán los elementos, sobre los cuales aparecerán semejanzas y diferencias, un umbral por encima del cual habrá diferencia y por debajo del cual habrá similitud. Es la creación de un lenguaje cada vez mas preciso lo que va a darle a la medicina, y luego a la psiquiatría y a la psicología, una legalidad interior en su producción de saber.

Se va definiendo un sistema de enunciabilidad y funcionamiento del conocimiento acumulado, que permite a la lengua médica organizar un *corpus*. Conteniendo la relación entre las palabras y los cuerpos, generando reglas de formación y transformación de los enunciados verdaderos. Estableciendo sus esquemas perceptivos, sus cambios, sus técnicas, su valoración y la jerarquía de sus prácticas. Y por consiguiente, el límite de sus experiencias: lo que podrá ver, reconocer y enunciar; en definitiva, las condiciones de producción y de negación de un mismo

¹ Sánchez, Miguel, *Manual de la Historia de la Medicina y Terminología Médica*, ed. Facultad Complutense, Madrid, 1995, pág. 9.

campo fenomenológico.

1. Renacimiento (Siglo XV-XVI).

La enfermedad ha sido un fenómeno que siempre estuvo como indagación en el hombre, desde los pueblos primitivos hasta hoy. En los primeros, sus explicaciones ponían en juego una mentalidad mágica y animista. En la interpretación de las dolencias había una clara diferenciación entre aquellas que surgían de las situaciones inmediatamente comprensibles, como las heridas producto de un combate, de la caza, del trabajo, es decir, producto de acciones traumáticas; de otras, dolencias de carácter interno no traumáticas, a las que se le suponían explicaciones sobrenaturales:

Penetración mágica de un objeto en el cuerpo (explicación se daba principalmente desde comienzos del paleolítico entre los pueblos cazadores y recolectores nómades).

- Pérdida, evasión o robo del alma (desde fines del paleolítico entre cazadores y ganaderos seminómadas).
- Acción o posesión de espíritus malignos (desde el neolítico entre los agricultores sedentarios).
- Tránsito de un Tabú (se ha dado en casi todos los pueblos primitivos relativamente recientes).
- Hechizos nocivos de hechiceros o enemigos (también en pueblos primitivos más recientes).

Se cree que el punto inicial de la historia de la medicina se encuentra en la escuela persa de Jundishapur, fundada por los discípulos del patriarca Néstor. Los nestorianos, continuadores de la tradición hipocrática, tradujeron las obras médicas griegas al siríaco. Los judíos y los cristianos, a su vez, vertieron al árabe estos escritos que fueron, a la postre, la base de la ciencia de estos pueblos. Fue alrededor del año 800 cuando Yahia Mesué, llamado en latín

Damascenus, quien tradujo en Bagdad las obras de Hipócrates, Platón, Aristóteles, Galeno y Dioscórides.

Los primeros escritos médicos en el medioevo trabajaban con términos llenos de arcaísmos y tecnicismos, heredados de todas las lenguas anteriores, por lo que los neologismos surgían como una necesidad. El latín medieval, lengua fundamentalmente eclesiástica, no facilitaba por su escasez de vocabulario una traducción adecuada. Por lo que se copiaron literalmente muchas de las palabras árabes y hebreas para definir los términos de la química, astronomía, matemática y medicina, los cuales algunos aún hoy algunos perduran.

Es la escuela de Salerno, hacia el 1060, con Constantino el Africano, la que transmite toda la ciencia árabe heredera del pensamiento griego. De ella salen versiones de textos árabes, griegos y bizantinos, ensanchando los horizontes de la medicina de su época con una literatura médica genuina, a pesar aún, de seguir sin determinar una lengua hegemónica en la transmisión y producción de un discurso.

Es en 1628, con la Obra de Guillermo Harvey sobre la circulación de la sangre, donde el lenguaje médico trató de adoptar un solo idioma, el latín. Es en este momento donde se constituye una única forma de escritura, debido fundamentalmente a dos factores de poder coligados, la Iglesia y la incipiente Universidad. Era la iglesia la que consideraba como una herejía la traducción de la Biblia y demás escritos a un idioma que no fuera el latín, ante la amenaza que significaba el avance del calvinismo. Posición reforzada por la Universidad en su interés de mantener a la medicina como un lenguaje hermético, tras lo cual se escondía una situación de privilegio que querían mantener los médicos, como un cuerpo social cerrado, que llegaría poco a poco a definirse como una nobleza.

Como vemos, es el Renacimiento del siglo XV y XVI el punto de síntesis de las tradiciones antiguas luego de ser atravesadas por la lectura escolástica del medioevo. Se hereda una lengua, el latín, y lo que podríamos dar en llamar una forma epistémica de tratamiento de los saberes antiguos. El Renacimiento es una instancia de cierre histórico, por un lado, y una apertura por otro, en la gestación de nuevas formas de enunciación del saber médico.

La medicina era un campo de equivalencias imaginarias que se desarrolla bajo las formas de la semejanza. El descubrir las semejanzas entre las cosas y las palabras, o entre entes

concretos y categorías abstractas, habría el camino del conocimiento. Como las cadenas de similitudes que surgían eran infinitas, se establecieron distintas figuras para catalogarlas:

Una de las formas de la semejanza era la conveniencia. Hay conveniencia entre las cosas que se unen, se tocan, se encadenan entre sí, por ejemplo, en lo que tiene de ser vivo, la planta conviene con el animal, y este por tener sensibilidad conviene con el hombre, el cual tiene una relación de conveniencia con los astros, a los que se creía inteligentes.

Otra forma era la emulación, imitación o superación de acciones ajenas. La semejanza no se establecía, como la anterior, por vecindad entre las cosas, sino por reflejo, a la manera de un espejo: en las prácticas médicas de herencia galénica las enfermedades calientes se curaban con acciones frías (baños, infusiones). Si la enfermedad humoral era algo cerrado, la cura vendría por medio de su abertura, o sea, evacuaciones, purgas, vómitos, sangrías, ventosas, etc.

También había semejanza por analogía, que era la atribución, de un mismo rasgo a varias formas, superponiendo la conveniencia y la emulación. Bajo esta forma se presentan los primeros antecedentes de la epidemiología. Se establecen síntomas apreciables como análogos en distintas enfermedades, como ella es análoga entre distintos enfermos. Es la forma más potente, pues da un campo muy amplio y polivalente de aplicación, que en el fondo es un gran espacio de irradiación que surca en todas las direcciones partiendo del centro que fija el cuerpo humano.

La figura humana es centro y eje absoluto del universo. El cuerpo del hombre se comporta como las tempestades cuando está enfermo: el aire se hace pesado y se agita, como los pensamientos, las nubes se hinchan y hacinan, como el vientre. El cuerpo se constituye como la tierra que habitamos: los huesos son como rocas, las venas, ríos, la vejiga, el mar con sus metales. Se alimenta una analogía que se proyecta a toda la naturaleza, “el vegetal se nutre desde sus raíces, como un hombre que esta de cabeza abajo”.

Es con la analogía que el pensamiento puede darle reversibilidad a los términos que están en juego. El hombre se preocupa por sí mismo, al tiempo que transmite sus semejanzas que él recibe al mundo. Es el gran foco de proporciones, donde se apoyan las relaciones y desde donde son reflejadas nuevamente.

La simpatía era el otro modo de la semejanza, con ella se suscita el movimiento y se provocan los acercamientos más distantes. Es por simpatía con el suelo que lo pesado cae y

por simpatía con el éter que lo liviano sube. Lo que era un criterio pasivo de la enfermedad, empieza a ser algo activo, dinámico donde la simpatía entre las condiciones internas del sujeto y la enfermedad externa se atraen. Esta forma supone el peligro de la asimilación, la desaparición de uno de los términos producto de la atracción de lo mismo. Era la forma que daba cuenta, por ejemplo, de por qué un rayo caía sobre el hombre.

La simpatía transforma, refleja el juego en estado libre de las profundidades del mundo, que apuntaría a reducir el mundo en un punto, a una masa homogénea. Por ello es compensada por su figura gemela, la antipatía, que mantiene las cosas en su aislamiento e impide la asimilación. Cada especie encierra su diferencia y su propensión a perseverar en lo que es, es el balance continuo de simpatía y antipatía, lo que explica que las cosas se crucen, se desarrollen, mezclen, mueran, desaparezcan.

Las formas de la semejanza constituían un marco discursivo donde las pasiones y la enfermedad están profundamente emparentadas: las pasiones son enfermedades del alma, como las enfermedades son las pasiones del cuerpo, prolongándose unas a otras, suscitándose unas a otras. Esto llegó a constituir una patografía de gran aplicación entre los practicantes de la medicina, que hacía coincidir los males corporales y los vicios del alma. La determinante hegemonía de la tradición cristiana identificaba pecado y enfermedad, generando terminologías y prácticas con una larga tradición de significaciones morales que continúan siendo efectivas en muchos campos de la medicina una vez avanzada la modernidad, basta con mencionar las técnicas morales de Philippe Pinel para curar las enfermedades mentales en los orígenes del campo psiquiátrico.

Las formas abrían a una multitud de semejanzas, por lo que era necesario un parámetro que guíe este análisis, la signatura. Ella era la marca visible que relacionaba las semejanzas invisibles, develando las huellas en que las analogías salían a la luz. Era un gran texto compuesto de signos que demandaba una docta lectura, así como, saber descifrar las figuras extrañas que se entrecruzaban y repetían. Si se sabía que el acónito era bueno para la vista lo era porque sus granos son pequeños glóbulos oscuros engarzados en una película blanca que semejan el ojo. La lectura de estos signos análogos habilitaba descifrar el poder curativo de la naturaleza.

La naturaleza de las cosas, su coexistencia, el encadenamiento que las unía y por el cual se comunicaban, componía un lenguaje de signos. La hermenéutica sería el conjunto de

conocimientos y técnicas que permiten que los signos hablen, revelen sus sentidos en sus semejanzas. La signatura sería su semiología, el saber donde están los signos, para saber definirlos y conocer sus leyes de encadenamiento.

La teoría hermenéutica de la signatura mas abarcativa de las enfermedades fue la teoría humoral o de los cuatro humores. En esencia, esta teoría conservaba de la antigua medicina la hipótesis de las cuatro sustancias básicas del cuerpo humano, llamadas humores (líquidos), cuyo equilibrio indicaban el estado de salud de la persona. Así, todas las enfermedades y discapacidades resultarían de un exceso o un déficit de alguno de estos cuatro humores. Estos fueron identificados como bilis negra, bilis, flema y sangre.

Cada uno de los cuatro humores aumentaba o disminuía en función de la dieta y la actividad física de cada individuo. Cuando un paciente sufría el desequilibrio de uno de estos humores su personalidad y su salud se veían afectadas. Los encadenamientos partían de una primera distinción entre hombres, que se caracterizan por ser calientes y secos, y las mujeres, que por esencia era frías y húmedas. Estas condiciones eran articuladas al siguiente cuadro de relaciones.

| Humor | Estación | Elemento | Órgano | Cualidad | Carácter | Características | Etapas vital |
|----------------|-----------|----------|-----------------|-------------------|-------------|-----------------------------------|--------------|
| Sangre | Primavera | Aire | Hígado | Caliente y húmedo | Sanguíneo | Valiente, optimista, romántico | Infancia |
| Bilis amarilla | Verano | Fuego | Vesícula biliar | Caliente y seco | Colérico | Fácil de enojar, mal temperamento | Juventud |
| Bilis negra | Otoño | Tierra | Bazo | Frío y seco | Melancólico | Abatido, soñoliento, irritable | Adulthood |
| Flema | Invierno | Agua | Cerebro /pulmón | Frío y húmedo | Flemático | Calmado, indiferente | Vejez |

De la misma manera que en Occidente, en Oriente se desarrollo una medicina de equivalencias imaginarias presente aún en día. Fundamentada en una doctrina cosmológica,

cuya última realidad inmutable y eterna es el Tao, el universo se constituía de la interacción de dos principios contrapuestos: el Yang (lo masculino, la dureza, el calor, la sequedad, el cielo, la luz) y el Yin (lo femenino, la blandura, el frío, la humedad, la tierra, la oscuridad). De esta mutua relación dinámica dependerá el curso cíclico y la variedad de los procesos naturales. El hombre es un microcosmos, un universo en miniatura, a imagen de él y en íntima relación con él. El cuerpo humano es un todo integrado, de forma que la alteración de una parte se refleja en el todo. El cuerpo se divide en una serie de pares de fuerzas, funciones y partes opuestas cuya interacción y complementación explica el funcionamiento del todo, existiendo un sistema de "canales" invisibles que intercomunican las partes. La enfermedad en Oriente es el desbalance de algún par de opuestos, o la alteración en el flujo de energía a través de los canales. Bajos estos principios se rige la acupuntura, que es la práctica curativa de las enfermedades, consistente en insertar superficialmente agujas en puntos determinados, a lo largo de los "meridianos" del cuerpo, y corregir el flujo de esa energía vital, sea tanto tonificándolo o dispersándolo.

El conocimiento por semejanza revestía dos maneras de conocer bien diferenciadas, que actuaban complementariamente: la adivinación y la erudición. La erudición consistía en extraer la sabiduría encerrada en las antiguas escrituras, era lectura comparativa que acopiaba todas las semejanzas. En tanto que la adivinación, era en cierto modo del orden de la magia, de la alquimia, que iba más allá de las marcas antiguas en la búsqueda de los secretos de la naturaleza.

Paracelso, médico del siglo XVI, decía que las serpientes cuando escuchan las palabras griegas *osy*, *osya*, *osy* se paralizan y no envenenan a nadie. Aseguraba que no era por el influjo que esos sonidos producían en el reptil, sino por el poder mismo de estas palabras. La magia natural y la erudición sobre los libros antiguos componían el único medio de acceso al conocimiento. La interpretación del texto de la naturaleza era tan descifrable como el de los textos sagrados. El lenguaje médico, en estos momentos, se encuentra en el cruce de las figuras visibles de la naturaleza y las conveniencias secretas de los discursos antiguos, cuyas formas se presentaban encriptadas, fragmentarias, cubiertas de un halo esotérico.

La exégesis es la matriz interpretativa, a la cual la experiencia se subordina. La herencia medieval hegemonizada por el cristianismo, tuvo influencias directas sobre el discurso médico. Todo el saber clásico heredado del mundo griego quedó bajo la interpretación religiosa. El galenismo se mantuvo, pero ajustado al mundo aristotélico de la escolástica. En la exégesis la verdad se asentaba en la autoridad del enunciador, que a su vez sustentaba su validez en dos fundamentos inmutables: la naturaleza y la divinidad.

La autoridad produce y garantiza el saber que instituyen los dogmas, es decir, los juicios que indican las creencias fundamentales y últimas de todo conocimiento. La autoridad escolástica era el centro indiscutible desde donde se impartían los límites de la práctica médica con una verticalidad absoluta. El conocimiento del orden natural era el efecto de las deducciones que las exégesis ejercían sobre las escrituras médicas y religiosas. Existía una continuidad sin rupturas entre la naturaleza y las escrituras, ningún orden podía cuestionar el otro, ni presentificar una falta en su saber. La exégesis presumía un universo natural preestablecido y escrito, al que solo cabía reinterpretar en su verdad inamovible.

El enfoque heredado de la doctrina galénica concebía un relato patográfico, como un consilium –consejo de hombres que ejemplarizan-. Este saber cuya verdad se asentaba sobre la autoridad de quien la enunciaba, suponía una acumulación infinita de confirmaciones que se llaman unas a otras. Era un lenguaje que instituía el reconocimiento de la misma cosa en un tiempo infinito. La enunciación sobre los cuerpos se reducía a una plena identidad atemporal con lo ya escrito, y solo garantizado por la autoridad. El Renacimiento es también el inicio de un nuevo hábito, la observatio (observación). Aparecen las primeras descripciones de casos mórbidos al modo de historiales clínicos. Los primeros procesos observados eran en enfermos de sífilis, estos escritos serán las primeras marcas del neoclasicismo.

2. Neoclasicismo (Siglo XVII y XVIII).

Con el neoclasicismo se instaurará el orden de la representación, un lenguaje terminológico fundado en la remisión exhaustiva de las cualidades visibles de las cosas. Los

elementos, una vez representados, se disponían taxonómicamente en un cuadro que los ubicaba respecto de las demás cosas existentes. Con tal fin se instauraron representaciones rectoras que daban el carácter de cada ser: los hombres pasaron a ser clasificados por su color de piel, por la forma de sus cráneos, las propiedades de sus órganos reproductores, etc.

Se separaron las palabras de las cosas, los términos ya no son lo que hace semejanza entre las cosas, se interrumpen los nexos imaginarios que ajustaban el universo medieval. Se rompe la relación entre los antiguos saberes acumulados y las cosas, ahora las similitudes son engañosas, ilusorias y hasta delirantes.

*"La tarea fundamental del discurso "clásico" es atribuir un nombre a las cosas y nombrar su ser en este nombre. Durante dos siglos, el discurso occidental fue el lugar de la ontología... Al atribuir a cada cosa representada el nombre que le convenía y que, por encima de todo el campo de la representación, disponía la red de una lengua bien hecha, era ciencia —nomenclatura y taxonomía—."*²

Las palabras se encierran en su naturaleza de signos, se constituyen como una duplicación exacta y sin pérdida de la imagen del objeto, y ya no como una simple imagen intelectual. Es decir, hay una imagen representada con una plena conciencia de su carácter representador. El mundo está duplicado en sus representaciones que lo organizan racionalmente.

El universo medieval es interpretado desde el neoclasicismo como un orden de la sinrazón, la locura. Michel Foucault en uno de sus análisis toma al Quijote de Cervantes como uno de los últimos referentes de las formas medievales del pensamiento. Vemos en el Quijote un personaje que desea demostrar la semejanza de los libros de caballería del medioevo y el mundo moderno en que se mueve: los molinos semejan gigantes, las posadas a castillos, las sirvientas a doncellas. Es la experiencia de un hombre que no tiene en el nuevo mundo de las representaciones más que el lugar de una existencia delirante, alienada ante los ojos de sus contemporáneos.

Las palabras dejarán de ser las señales de un lenguaje esencialista y primitivo, con el que la naturaleza habla. Todo discurso natural tiene que ser rediseñado como parte de una lengua

² Foucault, Michel, *El Nacimiento de la Clínica*, ed. Siglo XXI, México, 1977, pág. 125.

nueva bien hecha, analítica y combinatoria, una lengua de cálculos. De ella, surgirán nuevas figuras, como la probabilidad, el análisis, la combinatoria y el sistema. Se impone como prioritaria la construcción de una lengua universal, derivada de la matemática, poseedora de símbolos artificiales que permitan las operaciones lógicas.

La jerarquía analógica era en un juego infinito de similitudes, ahora, primará una enumeración completa de todos los elementos que componen un conjunto determinado, permitiendo un juicio absolutamente cierto de las identidades y de las diferencias. La verdad localizará su manifestación y su acabada representación, en la percepción evidente, racional y definida. Esto sentará las bases de un lenguaje que aspira a ser transparente y neutral, en definitiva objetivo.

El signo, una vez que representa, adquiere sentido por su ubicación ordenada dentro de los otros signos. Estas significaciones se alojarán en el interior del mundo de las representaciones, en ese espacio juegan su combinatoria descomponiéndose y recomponiéndose. Los signos llegan a encontrar su garantía de significación atravesando todo el dominio de la representación empírica, donde cada cosa posible de percepción fue nombrada. Allí se significa, y de ese campo no puede salir, no hay referencias fuera de ese dominio. El signo se simplifica encerrando dos ideas: el representante y la cosa representada. Esta lógica binaria reemplazará la teoría del signo renacentista de tres elementos: lo marcado, lo que marcaba, y lo que permitía en aquello la marca de esto, la semejanza.

Para aquello que en el renacimiento fue la exégesis de las similitudes; en el neoclasicismo es ordenamiento de signos, de los saberes empíricos en su identidad y diferencia, dándoles su lugar en el universo clasificatorio. El lenguaje se agota en la representación, ya no tiene ese lugar que tenía en la exégesis, de apelación a un segundo lenguaje oculto, preexistente, que solo la autoridad reconoce y se acumula en los escritos antiguos. El lenguaje neoclásico no existe como acumulación interpretativa de su propia producción, sino que funciona, representa, se desentiende de sus propias marcas y de la que le precedieron, es funcional.

La gramática general se instaure como la ciencia de los signos, herramienta con la cual los hombres reagrupan la singularidad de su percepción y pueden pensar con la combinatoria sígnica. Ella define los sistemas de identidades y diferencias, establece una taxonomía, que fundamente la producción de discursos. Estudia el funcionamiento representativo de las palabras en la relación de unas con otras: origen, raíz, articulación, combinatoria.

La terminología médica imbuida de toda una corriente de recuperación del helenismo nomina o reemplaza sus antiguos términos por expresiones derivadas del griego. Estos cambios buscaban una mayor claridad para los nuevos métodos analíticos anatómicos y fisiológicos, y deshacerse de toda la terminología equívoca de tradición religiosa y moral. La terminología neoclasicista estaba reglada por una articulación y combinatoria común a la química. Las palabras se significan por su raíz, parte central de la palabra e indicativa de su significado fundamental, por ejemplo: cefal (cabeza), somat (cuerpo), cardio (corazón), que componen términos como: somatometría (medición del cuerpo), cefalohematoma (hematoma en la cabeza). Esta raíz esta sujeta a sufijos y/o prefijos que modifican su significado, como: itis (inflamación), patia (enfermedad), hipo (por debajo). Que se combinan en términos tales como: cefalitis, cardiopatía, hipoglucemia (bajo nivel de azúcar).

El nuevo Orden Natural se desarrolla dentro del clima del empirismo, y particularmente ante las condiciones de posibilidad que le brindan la vinculación extremadamente cercana entre el ver y el decir. De ello se produce todo un orden descriptivo, una exigencia a nominar exhaustivamente lo visto.

*"Todo el lenguaje depositado por el tiempo sobre las cosas es rechazado hasta el último límite, como un suplemento en el que el discurso se contará a sí mismo y relatará los descubrimientos, las tradiciones, las creencias, las figuras poéticas. Antes de este lenguaje del lenguaje lo que aparece es la cosa misma, con sus características propias pero en el interior de esta realidad que, desde el principio, ha quedado recortada por el nombre."*³

Hasta ese momento el historiador era aquel que recopilaba los documentos y signos, el que devolvía a un término sus marcas dispersas. No se definía por la mirada sino por la repetición, por la intención de enunciar una palabra que contenga todas las otras anteriores. En el neoclasicismo la historia tiene un sentido completamente distinto: el de poner por primera vez, una mirada minuciosa sobre las cosas mismas y transcribir lo recogido por medio de palabras lisas, neutras y fieles. Se implementa una purificación del lenguaje, en la que la naturaleza fue el primer campo; se constituyen herbarios, colecciones, donde cada ser es

³ Foucault, Michel, *El Nacimiento de la Clínica*, ed. Siglo XXI, México, 1977, pág. 131.

despojado de todo discurso circundante para ser portadores solo de su nombre. Esto los incluye dentro del orden clasificatorio y los habilita a ser descriptos y posteriormente analizados. Estos catálogos anudan las cosas a la mirada, se instaura un dominio casi exclusivo de la vista, que es el sentido de la evidencia y la extensión.

En el “orden natural” la serie temporal no es integrada a la clasificación de los seres; el tiempo no es una variable inscrita en el interior de los seres. No hay idea de evolución, ni de transformación que pueda concebir el tiempo como el principio de desarrollo de los seres vivos en su organización interna, solo se percibe a título de revolución posible en el espacio exterior en el que viven.

Todo el campo de lo visible es remitido a un sistema de variables, cuyos valores pueden ser asignados, si no es por una cantidad, por una descripción clara y siempre acabada. Esto liga profundamente la ciencia natural, en nuestro caso más específico la medicina, a criterios de la evaluación cuantitativa como el mayor grado de fiabilidad científica. El cuerpo humano será uno solo ante lo visible ante el cual se seguirá una misma forma de análisis. Aparecen en la clínica los primeros protocolos de registro de los síntomas.

La nueva clínica médica es el dominio de la mirada. La vuelta a la investigación sobre los cadáveres, prohibida durante el medioevo, da la posibilidad de aclarar y responder a la especificidad de lo viviente. Pueden leerse los signos claros de la enfermedad, echándose luz a la oscuridad de los síntomas experimentados por los seres vivos. La clínica tuvo entonces, una certificación visual, una anatomía patológica, una nosografía, una lógica específica que permitió verificar sobre el cadáver la realidad de las nuevas concepciones médicas.

De antiguo la enfermedad se había relacionado con una "metafísica del mal", confrontada con la naturaleza el padecimiento era su negativo. La visibilidad del cadáver positiviza lo muerto como sede de una verdad, desligando la investigación las enfermedades de toda metafísica religiosa. Es durante el último cuarto del siglo XVII que se formula el concepto inductivo de especie morbosa o entidad nosológica, que reemplazará el deductivismo esencialista del galenismo.

La nueva patología establecerá una relación directa entre las entidades mórbidas y las lesiones anatómicas, siendo estas su realidad última carente de engaño. No existe la enfermedad sin sede, sin herida, sin alteración físico-química de los cuerpos, las cuales están

precisadas en tres niveles de composición: tejidos, órganos y sistemas. El trabajo del clínico maniobra reduciendo las apariencias sintomáticas, aquel relato subjetivo del paciente, a una construcción objetiva de un ser de la enfermedad. Para la observación racional y objetiva del médico no hay nada oculto, una vez apartados los obstáculos del prejuicio y la imaginación.

*"La mirada se cumplirá en su verdad propia y tendrá acceso a la verdad de las cosas, si se posa en silencio sobre ella, si todo calla alrededor de lo que ve. La mirada clínica tiene esa paradójica propiedad de entender un lenguaje en el momento que percibe un espectáculo."*⁴

La exactitud se constituye en uno de los mayores valores del lenguaje médico, siendo necesario establecer una correlación entre cada sector de lo visible y cada elemento enunciable que le corresponde con justeza. Pero el elemento enunciable, en el interior de su descripción, también cumple una función denominadora, que por su articulación en un vocabulario constante y fijo, permite al médico la comparación y la generalización de cada observación. Todo rigor descriptivo será el resultado de una exactitud en el enunciado y de una regularidad en la denominación.

Hay un nuevo uso del lenguaje científico, que no solo dice lo que ve, sino que también le otorga realidad a lo visto por medio de términos objetivos. Es Thomas Sydeham quien instaura la patología moderna como una observación consciente y sistemática. En el prólogo de su libro "Observationes" propuso:

*"La descripción de todas las enfermedades tan gráfica y natural como sea posible, ordenando los casos de la experiencia clínica en especies, con el mismo cuidado con que lo hacen los botánicos."*⁵

Con una observación consciente y exhaustiva, sin lagunas, ni residuos, se llegaría a componer un conocimiento en el más alto grado de percepción. Por consiguiente, todas las manifestaciones patológicas hablarán un lenguaje claro y ordenado. Es la descripción

⁴ Foucault, Michel, *El Nacimiento de la Clínica*, ed. Siglo XXI, México, 1977, pág. 156.

⁵ López Piñero, José, *Breve Historia de la Medicina*, ed. Alianza, España, 2000, pág. 119.

exhaustiva y ordenada la que autoriza la transformación del síntoma en signo, el paso de la apariencia fenomenológica al ser de la enfermedad, el acceso de lo individual a lo universal, de lo caótico a lo conceptual.

*"Describir, es seguir el ordenamiento de las manifestaciones, pero es también seguir la secuencia inteligible de su génesis: es ver y saber al mismo tiempo ya que al decir lo que se ve, se lo integra espontáneamente en el saber, es también aprender a ver, ya que es dar la clave de un lenguaje que domina lo visible."*⁶

La práctica médica toma la palabra del enfermo, pero esta no alcanza un status diferente al de los demás signos que emite un cuerpo enfermo. Su palabra es del orden de lo visible, ellas son importantes en tanto interesan como síntomas, es decir, señales visibles de la enfermedad. El síntoma dicho por el enfermo era un primer acercamiento al texto que debe ser leído, un cuerpo enfermo. El médico practica una especie de encuesta, empezando por cuestiones generales: nacionalidad, oficio, lugar de residencia; para luego pasar a cuestiones de la salud: enfermedades anteriores, tratamientos. Las palabras se registran en tanto signos de la enfermedad, que vienen a ubicarse en la grilla del resto de los otros signos que el médico recababa: los de las funciones vitales (respiración, pulso, temperatura), naturales (sed, apetito, secreciones) y animales (sueño, dolor, sentidos, facultades).

Con el tiempo será poco importante que el paciente hable, mucho mas reveladores serán los signos que los avances de la técnica médica irán dando. Los primeros métodos de exploración que permitieron obtener signos objetivos para el diagnóstico de la enfermedad datan del siglo XVIII. Se presentan los primeros tratados mensurativos de utilización del termómetro para medir la fiebre, del uso del reloj para determinar la frecuencia cardiaca. Luego vendrán los signos químicos de la enfermedad, como la comprobación de azúcar en la orina. De los primeros signos físicos anatomo-clínicos, el más importante es la técnica de percusión ideada por Auenbrugger (1722-1809), a lo que luego vendrá el estetoscopio, el instrumento más representativo de la medicina moderna.

La gramática general será en definitiva un modelo de construcción de saber que permite comprender la infinitud en una serie finita de elementos. Ya no se tratará entonces de describir

⁶ Foucault, Michel, *El Nacimiento de la Clínica*, ed. Siglo XXI, México, 1977, pág. 165.

al infinito en sus diferencias perceptibles, sino, de confeccionar una batería mínima de términos presentes en todas las manifestaciones. La enfermedad dentro de la variedad perceptible puede ser determinada clínicamente en sus signos mínimos. El diagnóstico surgirá como una conclusión hipotética, y no como la percepción indirecta de una enfermedad que se escondería detrás de sus signos.

La fundación de la medicina moderna no hubiera sido posible sin la institucionalización del Hospital General. Este se establece en el cruce de una ideología política con prácticas disciplinares y nuevos paradigmas científicos. Michel Foucault subraya que la experiencia clínica fue posible como forma de conocimiento, gracias a una organización total del campo hospitalario y una definición nueva del estatuto del enfermo en la sociedad. El hospicio medieval, de fuerte carácter religioso, estaba fundado en la caridad y la compasión, y orientado a mitigar lo inevitable, la pobreza y el dolor. El hospital general será el espacio de encierro que permite la observación exhaustiva de lo anormal para hacerlo objetivo de su disciplina aséptica.

El médico ve en los enfermos hospitalizados a individuos que le resultan indiferentes en su singularidad, el interés se centra en tanto portadores de una u otra enfermedad. El individuo está sujeto a una enfermedad, es un caso clínico, es un ejemplar o ejemplo de otra realidad, o de aquello que es "real". El enfermo es la sede de aquello se ha alojado accidentalmente, la realidad de lo mórbido. Esta operación rompe la relación estrecha entre sujeto y enfermedad que primó desde la antigüedad, donde la causa era producto de un pecado o un hábito encarnado por el individuo. El ser de enfermedad debe registrarse engrosando así las categorías de lo mismo, lo reconocible y lo objetizable. El enfermo, como su portador accidental, debe ser excluido y enrolado en lo indeterminado de lo otro, lo accesorio, lo subjetivo.

4. Modernidad (Siglo XIX - XX).

El paso de la época neoclásica al positivismo inaugurado por la modernidad marcaba la desaparición de la representación y el surgimiento de la finitud, es decir, de la temporalidad. El enlace entre la representación y los seres, se vía profundamente afectada por la introducción de la historicidad. El devenir histórico, el contexto y la subjetividad establecen nuevas variables de

examen. El análisis se desplaza del tratamiento de los signos y sus enunciados al contexto de su enunciación.

Las propiedades funcionales y las condiciones evolutivas serán criterios rectores. Las taxonomías se componen de un espacio doble de análisis, por un lado en su interioridad, ajustándose a las coherencias anatómicas y las compatibilidades fisiológicas y, por otro, siendo la sede de acontecimientos exteriores como lo podían ser la vida, la enfermedad o la muerte. Los fenómenos de la naturaleza son considerados independientemente a la existencia de cada ser vivo, aunque se manifiesten en él, que es un ser finito, temporal.

La disposición de los elementos no será en una mera taxonomía general, sino en un espacio hecho de organizaciones, de relaciones internas entre los elementos cuyo conjunto está asegurado por una función. Esta disposición develará organizaciones discontinuas, que no forman un cuadro de simultaneidades sin rupturas, se trazarán distintos niveles de importancia, cambios temporales en algunas, con lo que se establecerá un devenir de sucesos en las relaciones, una evolución.

La introducción del tiempo trastoca profundamente la concepción de la enfermedad, de cómo se la clasifica, describe, entiende; todo esto atravesado por la idea de evolución. Instaurándose una temporalidad triple para el análisis: la anamnesis, que dice lo que ya sucedió, la diagnóstica, que expresa lo que está desarrollándose actualmente y el pronóstico, de aquello que va a pasar. El enunciado del médico debe denunciar, definir o pronunciar, y también anunciar, como condición para su efectividad. Los síntomas devenidos en signos deberán ordenarse en tres dimensiones: etiológica, patológica y evolutiva. Así se constituyen los cuadros, aunque en muchos casos sus características y orígenes no están aún establecidos claramente, por lo que se los agrupa bajo la nominación de síndromes, reservando el nombre de enfermedad, en todo caso, para aquellas entidades nosológicas que reconocen una causa definida y un cuadro clínico bien preciso y previsible.

Los lenguajes dejarán de ser un mero conjunto de representaciones, para convertirse en los objetos mismos de las investigaciones. Las palabras dejan de componer un cuadro de conocimiento espontáneo de las cosas, ya no es el punto evidente, transparente entre naturaleza y naturaleza humana. El lenguaje evoluciona, se investiga su genealogía y sus distintas estructuraciones. Los nombres dejan de ser una mera representación de cosas intemporales. El lenguaje médico experimenta, por un lado, una democratización al traducirse

todas las obras médicas en las lenguas modernas, y por otro, un aumento importante de su vocabulario. Los descubrimiento de la medicina, obligan a identificar nuevos componentes de lo vida y sus patologías.

Al desaparecer la representación como forma de conocimiento, se buscará en las profundidades de aquello que se quiere conocer: la profundidad específica de la vida (ya no de los seres vivos), de las formas de producción (ya no en el análisis de lo acumulado), del devenir de los lenguajes como estructuras (ya no en las palabras). El conocimiento sobre el hombre es contemporáneo de la biología, la economía y la lingüística. La medicina se produce principalmente en el encuentro con las nuevas ciencias humanas: medicina preventiva, medicina social, medicina del trabajo, medicina antropológica, etc.

El hombre es sujeto y objeto de conocimiento, fundamento de todas las positivities, a partir de las cuales, se engendran discursos cada vez mas precisos sobre la vida, cómo administrarla, multiplicarla, ejerciendo sobre ella controles precisos y regulaciones generales. Dentro de estos nuevos discursos médicos aparecen la psiquiatría y luego la psicología, con porciones delimitadas del campo de la salud. Estos nuevos campos ejercen su dominio sobre la semántica de cada área de incumbencia, pero no sobre la sintaxis de su discurso, que queda bajo el dominio del método científico positivista. Esta subordinación les asegurará el reconocimiento de su saber y sus prácticas como científicas dentro de todo el orden médico. Con estas nuevas divisiones del saber se impone una visión fragmentada, especializada y generalizadora del estado mórbido por sobre otra más clínica, que se apoyaba en la experiencia singular del sujeto enfermo.

En la organización de los signos ya no se destaca la estructura visible, cuyo criterio se limitaba a la presencia o a la ausencia de ciertos rasgos perceptibles. Los nuevos criterios se basan en la existencia de funciones esenciales para el ser vivo y en las relaciones de importancia que no surgen sólo de la descripción. Se definen nuevas enfermedades, que a pesar de no tener una causa fundamentada en la visión de la lesión patológica, son entidades mórbidas en cuyo interior los elementos se relacionan, en sintonía con su subordinación funcional a la entidad.

La noción de vida se hace indispensable en el análisis de las funciones, de las capacidades y las limitaciones; de lo normal y lo patológico, de lo indispensable y lo accesorio, de lo que se reproduce, regenera o no. El orden natural era una distinción entre lo organizado y no, ahora la

oposición es entre lo vivo y lo no vivo componiendo un cuadro más dinámico, siendo la biología el espacio central como la ciencia de las fuerzas de la naturaleza.

*"Lo orgánico se convierte en lo vivo y lo vivo es lo que produce, al crecer y reproducirse; lo inorgánico es lo no vivo, lo que ni se desarrolla ni se reproduce; está en los límites de la vida, lo inerte y lo infecundo; la muerte. Y si está mezclado con la vida, es como aquello que, en ella, tiende a destruirla y a matarla. 'Existen en todos los seres vivos dos fuerzas poderosas, muy distintas y siempre en oposición, de tal suerte que cada una de ellas destruye perpetuamente los efectos que la otra ha logrado producir'. Se ve cómo, al romper en su profundidad el gran cuadro de la historia natural, va a hacerse posible algo así como una biología; y también cómo va a poder surgir de los análisis de Bichat la oposición fundamental entre la vida y la muerte."*⁷

La finitud del hombre se determinará desde lo visible y enunciable de la muerte. La posibilidad de la muerte será el límite que recorre el campo del saber en forma de discurso científico. Se reconstituye la relación entre los sujetos y la enfermedad, el saber moderno retomará el antiguo criterio que relacionaba las formas de vivir y las consecuentes formas de enfermar. Una relectura de los antiguos, del equilibrio (eucrasia) que en la vida cotidiana era esencial para la salud, y que en caso de que fuese alterado (discrasia), se lo restablecía con dietas y ejercicios. El paciente debe responsabilizarse, en cierta medida, por la enfermedad que lo aqueja.

Con la biología se hacen presentes nuevas formas de relación:

La coexistencia, un elemento o un sistema de elementos no puede estar en un ser viviente sin que otro elemento o sistema, de naturaleza y forma igualmente determinada, también esté. Por ejemplo, los dientes (afilados o masticadores) tendrán como relación dos tipos de sistema digestivo distintos, coexistentes cada uno por su lado con las distintas morfologías dentarias.

La jerarquía, ya no se trata de variables independientes, sino de sistemas ordenados unos por otros, estableciéndose problemas de importancia recíproca, donde por ejemplo un síndrome esta determinado por otro mayor.

⁷ Foucault, Michel, *El Nacimiento de la Clínica*, ed. Siglo XXI, México, 1977, pág. 228.

La dependencia a un plan de organización garantiza el reinado de funciones esenciales y enlaza a ellas, con un grado de mayor libertad, el resto de elementos o sistemas que aseguran los funcionamientos menos importantes. El plan determina lugares y funciones privilegiadas del cuerpo, por ejemplo en la psicología, el lugar privilegiado de la corteza cerebral y las de las funciones como la memoria, la atención y la percepción.

El conocimiento clásico era profundamente nominalista, a partir del siglo XIX, el lenguaje se replegará sobre si mismo, adquiriendo espesor propio, desplegando una historia, leyes y una objetividad que sólo a él le pertenecen. El lenguaje se convierte en objeto de análisis cuando se lo reconoce como la mediación necesaria para todo conocimiento científico que pudiese manifestarse como un discurso. De ahí, el proyecto de neutralizar y pulir el lenguaje científico, a tal punto de despojarlo de toda subjetividad, purificándolo de sus accidentes e impropiedades. Su misión es ser el reflejo exacto, el doble meticuloso, de un conocimiento que no es verbal. Este es el sueño positivista que deambula por todas las ciencias de la salud modernas, el de un lenguaje objetivo, purificado, aséptico y unificado.

Pero el lenguaje contiene una realidad histórica donde se acumulan pensamientos, tradiciones, sentimientos, conjunto de verdades del discurso que abordará la filología. De estos campos se generarán nuevas epistemologías que se opondrán al neopositivismo. La filología como análisis se convertirá en la forma moderna de la crítica, de ella se valdrá Marx para interpretar la noción de valor en la historia, y Freud para interpretar hechos del lenguaje en las enfermedades psíquicas.

Los métodos de interpretación modernos, emparentados con las antiguas exégesis, se enfrentan a las técnicas de formalización: los primeros con la pretensión de hacer hablar al lenguaje por debajo de él mismo y lo más cerca posible de lo que se dice en él; las segundas con la pretensión de controlar todo lenguaje eventual y de dominarlo por la ley de lo que es posible decir. Interpretar (exégesis de lo oculto) o formalizar (comprender lo positivo) se han convertido en las dos grandes formas de análisis de nuestra época, que se reeditan en cada campo del saber. En el campo médico con los criterios de la medicina experimental y las medicinas alternativas, en el campo de lo psíquico con los criterios de la psicología y el psicoanálisis.

La aportación fundamental del siglo XIX fue la construcción discursiva de las enfermedades como trastornos estructurales y dinámicos del organismo, a partir de los

recursos de biología moderna. Dicha construcción tuvo dos etapas: la primera originada en los hospitales con la observación clínica de los enfermos, de carácter descriptivo y anatomista. Y una segunda etapa en los laboratorios, iniciada en la última mitad del siglo, que ubican a la investigación experimental como la metodología privilegiada en la búsqueda de los saberes físicos, químicos y biológicos que expliquen la causación de las patologías. Así definió este proceso Claude Bernard, uno de los mayores investigadores de la medicina:

*"Yo considero al hospital sólo como el vestíbulo de la medicina científica, como el primer campo de observación en que debe entrar el médico; pero el verdadero santuario de la medicina científica es el laboratorio."*⁸

En este momento de la historia médica se consolida definitivamente un discurso medico-político sobre la vida. Apoyándose en dos pilares: por un lado las disciplinas del cuerpo (su educación, el aumento de sus aptitudes, la mejora de sus fuerzas, el crecimiento de su utilidad y docilidad) que permitió una mejor integración de los cuerpos en los sistemas de producción económica modernos; y por otro lado la regulación de la población, es decir de la especie en su conjunto, en donde se analizan los procesos biológicos (proliferación, nacimientos, mortandad, niveles de salud, duración de la vida en las distintas condiciones que existen, etc.).

Como vemos ambos registros demandaban nuevos campos de saber e intervención: en lo individual, con todo un conjunto de nuevo de controles médicos para lo orgánico, y de exámenes psiquiátricos y psicológicos para lo psíquico. En lo masivo, con la epidemiología, la patología social, la higiene pública y la medicina asistencial; disciplinas que adquieren un sólido fundamento científico durante el siglo XIX, con la institucionalización de la estadística demográfica y sanitaria. El primero refiere a la mortalidad general y específica, la natalidad, el movimiento de la población, etc. El segundo, a los datos sanitarios en sentido estricto, sobre morbilidad y su distribución, hospitales e inmunizaciones, factores que afectan a la salud como el saneamiento, la nutrición, etc.

Estos saberes de administración de los cuerpos y gestión de la vida se formalizan no solo en el laboratorio médico, sino que también en las nuevas instituciones modernas: escuelas, cuarteles, industrias, cárceles, manicomios, barrios planificados, etc. Estos espacios son

⁸ Foucault, Michel, *El Nacimiento de la Clínica*, ed. Siglo XXI, México, 1977, pág. 163.

manipulados con la misma lógica metodológica de los laboratorios. Se establece un biopoder, del cual el modelo médico es partícipe activo.

*"Ese biopoder fue, a no dudarlo, un elemento indispensable en el desarrollo del capitalismo; este no pudo afirmarse sino al precio de la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y mediante un ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos."*⁹

El desarrollo del biopoder y sus técnicas constituyen una verdadera revolución en la historia de la especie humana, ya que la vida está completamente invadida y gestionada por el saber científico, y particularmente con una medicalización de su discurso. Esto fue fundamental para la expansión del capitalismo, en su instrumentación controlada de los cuerpos ligados a la producción, mediante un ajuste de los fenómenos poblacionales a los procesos económicos en la generación de una inaudita de la acumulación de la riqueza.

| Renacimiento | Neoclasicismo | Modernidad |
|--------------|------------------------------|-----------------------------|
| Semejanza | Representación | Temporalidad |
| Signatura | Gramática general | Formalismo o Filología |
| Alquimia | Orden Natural | Biología |
| Exégesis | Descriptivo y clasificatorio | Unificado y evolutivo |
| Consilium | Observación Hospitalaria | Experimentación Laboratorio |
| Latín | Griego | Lenguas modernas |

⁹ Foucault, Michel, *La Voluntad de Saber* (1976), ed. Siglo XXI, Madrid, 1995, pág. 170.

SEGUNDA PARTE

Definiciones actuales de signo, síntoma y síndrome en la Medicina y la Psiquiatría.

El inicio de esta segunda parte de la tesis se intenta recopilar y sintetizar las definiciones de uso actual que hay del signo, síntoma y síndrome en la medicina y la psiquiatría. En tal sentido, fueron consultados 73 manuales y diccionarios de dichas disciplinas, recopilación que formó parte central de mi trabajo de DEA. En este apartado de la tesis se agrupan y relacionan los diferentes términos por medio de sus cadenas semánticas tratando de poner en relieve lo modular de sus significaciones. El apartado concluye con un análisis pormenorizado de las continuidades y discontinuidades significativas en cada campo y en cada término recopilado.

1. Medicina

1.1. Signo

El signo en el campo médico tiene una posición muy clara y precisa dentro de un orden que media entre el síntoma y el síndrome, definiendo su posición, función y especificidad respecto de ellos. Se ubica como el término que necesariamente articula el puro fenómeno mórbido (síntoma) y la caracterización racional de un cuadro (síndrome).

En gran parte del material investigado, las caracterizaciones que se hacen del signo son muy similares, precisas y no suponen grandes discrepancias. La primera propiedad que aparece en la mayoría de las definiciones es su objetividad, en contraposición a la subjetividad con la se caracteriza al síntoma. Esta distinción se mantiene constante y unánime, sin opiniones que difieran.

El signo es aquello plausible de ser objetivado de lo que se presenta como fenómeno, es la *“apreciación crítica del síntoma, después de ser analizado e interpretado por el médico”*¹⁰. La objetividad se define como una señal, un indicio, una prueba, una evidencia, una manifestación, un hallazgo, un carácter, un dato o un elemento, que se ha logrado individualizar y universalizar una vez apartado lo singular y subjetivo del síntoma.

¹⁰ Braier, León, *Diccionario Enciclopédico de Medicina (4ª edición)*, ed Jims. Barcelona, 1991, pág. 829.

El signo es el indicador de un cambio, señala una alteración de aquello que no esta dentro del normal funcionamiento del organismo.

Otra propiedad del signo identificada en el 60% de las definiciones es la de ser una anomalía observable por el médico. Esta observación objetiva realizada por el médico se distingue primeramente de las sensaciones subjetivas que trae el paciente:

“Signo: Cualquier hallazgo objetivo indicativo de una enfermedad perceptible al examinador, en contraposición a las sensaciones subjetivas del paciente.”¹¹

Es clara la oposición medico-percepción y paciente-sensación. El observador que percibe es siempre otro distinto del paciente, este último solo es sujeto de las sensaciones sintomáticas que luego transmitirá en un relato. Quien percibe dispone de la capacidad para significar esas sensaciones, siendo capaz de nominar una condición mórbida. La observación debe estar articulada a un saber que le dé el estatuto de verdadero a lo percibido, así como también, permita detectar claramente aquello anormal en el funcionamiento de un cuerpo.

El examen médico permite ligar las sensaciones del paciente con el saber sobre la enfermedad, facilitando un entendimiento de la misma al tiempo que indica lo anómalo, lo distinto, lo diferente. Entendimiento, comprensión, reconocimiento connotan en el discurso médico la correspondencia entre lo observado y un significado contenido en un código universal. Lo caótico del fenómeno se ordena y fundamentalmente se comprende al corresponderse con un signo de la lengua médica. En algún sentido, la operación de comprensión sónica del síntoma es la traducción de un fenómeno, que se expresa en la lengua materna o usual del paciente, a una lengua científica y universal de lo médico.

“Signo: Cosa que por su naturaleza o convencionalmente evoca el entendimiento, la idea de otra cosa. Señal: Marca que se pone en las cosas. Rasgo nota distintiva.”¹²

Lo observado aparece como el producto de los exámenes que el médico realiza, tal operación médica, actuaría como medio necesario en el proceso que hace del síntoma un signo.

¹¹ Melloni B., Eisner G. y Dox I., *Diccionario Médico Ilustrado*, ed. Reverte. Barcelona, 1983, pág. 516.

¹² Herrera, María Teresa, *Diccionario Español de Textos Médicos Antiguos (tomo I y II)*, ed. Arcos Libros, Madrid, 1996, pág.1471.

*“Se interpreta como síntoma a lo manifestado por el paciente, a lo que él siente o sufre, y corresponde a un dato subjetivo (dolor, ardor, etc.); signo es en cambio, lo que puede ser observado, palpado o auscultado en un examen que realiza el médico y es un dato objetivo.”*¹³

Esta observación puede ser *“percibida por el médico (síntoma objetivo), ya sea mediante una exploración directa o mediante exámenes instrumentales.”*¹⁴ Se destaca la importancia de la observación directa realizada por los sentidos del médico, especialmente aquellos que tengan que ver con la vista, el signo es esencialmente visible. También es de considerarse la intervención de la técnica instrumental como un suplemento que brinda un mayor alcance a la “mirada” del médico.

El registro depende de una *adecuada exploración*¹⁵ regida por claros criterios metodológicos que permiten reconocer directamente los signos en el paciente, o bien, ser provocados por el médico en el mismo. El progreso del registro y la definición de los signos dependen de la capacidad de los propios médicos, tanto que con frecuencia el signo lleva el nombre de quien lo ha descubierto.

La frecuencia del fenómeno observado es un factor decisivo para determinarlo como un indicador, como un signo de una enfermedad o síndrome. *“Es un fenómeno físico o psíquico que se observa con tanta frecuencia asociado a una afección dada como para considerarlo indicativo de su presencia.”*¹⁶

El signo, una vez definido, se constituye en un factor de diagnóstico. *“En patología, manifestación de una enfermedad perceptible por el observador, una vez evaluada será un factor de diagnóstico.”*¹⁷ Este diagnóstico incluirá una anamnesis del signo identificado, es decir, una reconstrucción del proceso de formación del síntoma. *“La observación de los signos y su anamnesis precisa, determina el razonamiento clínico que culmina con el diagnóstico.”*¹⁸

El signo médico es una manifestación que puede ser tanto de origen físico como psíquico. En el material investigado no se percibe una distinción particular entre un origen u otro, ni tampoco se presenta lo psíquico como un campo por fuera de aquel que la medicina delimita.

¹³ Muniagurria, Alberto y Libman, Julio, *Semiología Clínica*, ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1988, pág. 2.

¹⁴ AA. VV., *Diccionario Vox de Medicina*, ed. Bibliograf, Barcelona, 1999, pág. 338.

¹⁵ Ruiz Lara, Rafael, *Nuevo Diccionario Médico*, ed. Teide, Barcelona, 1984, pág. 1172.

¹⁶ AA. VV., *Diccionario Enciclopédico de Enfermería (5ª edición)*, ed. Panamericana, Buenos Aires, 1996, pág. 1160.

¹⁷ AA. VV., *Diccionario Espasa Medicina*, ed. Espasa Calpe, Madrid, 1999, pág. 1106.

¹⁸ AA. VV., *Gran Diccionario Médico (tomo II-1972)*, ed. Julio Garcia-Peri, Madrid, 1974, pág. 2370.

1.2. Síntoma

El síntoma médico es la primera impresión de una enfermedad, el primer elemento de una secuencia de procesos que constituyen la práctica médica. Respecto de él no aparecen grandes diferencias de conceptualización entre los autores, solamente es apreciable una aclaración respecto del signo y lo que se denomina en algunos textos como síntoma objetivo.

“Según algunos autores el término síntoma debería ser reservado al síntoma subjetivo, mientras que para el síntoma objetivo sería mas apropiado el término de signo.”¹⁹

Se destaca del síntoma la propiedad de ser aquello percibido por el paciente, o más exactamente, ser sentido por él, ya que se trataría no de una percepción de un objeto externo sino de una sensación interna en el propio cuerpo.

“Síntoma: Cualquier manifestación de una enfermedad apreciable únicamente por el paciente sin que los métodos exploratorios del médico sean capaces de objetivarla. En contraposición al signo.”²⁰

“Síntoma: Algún cambio de la estructura, función o sensación experimentada por el individuo e indicativa de un trastorno o una enfermedad. Un signo subjetivo.”²¹

El síntoma es por condición subjetivo según lo enunciado en prácticamente todos los autores. Esta expresión, reservada únicamente al paciente, establece su subjetividad, que es entendida por el médico como manifestación, indicación, estado, prueba, dato, cambio o evidencia.

El síntoma es una manifestación patológica aislada, es un hecho desconectado de su contexto. Para articularlos es necesario la constitución de un conjunto de hechos, tanto bajo la forma de un síndrome (sin causa determinada) o una enfermedad (con una causa determinada).

El síntoma trasmite una experiencia subjetiva, distinto al signo, que es el producto de una observación objetiva realizada por el médico. El síntoma es el testimonio de la enfermedad

¹⁹ Galli, Valter y Trappolini, Massimo, *Vocabulario Dizionario Medico*, ed. E.M.C., Roma, 1985, pág. 604.

²⁰ Mariel, Jorge y Villabona, Carlos, *Diccionario de medicina (Tomo II)*, ed. Marín, Barcelona, 1991, pág. 964.

²¹ Nicolosi L., Harryman E. and Kresheck J., *Terminology of Communication Disorders*, ed. Williams and Wilkins, Baltimore, 1983, pág. 232.

que la comprensión médica intenta autenticar. Regiría una distinción entre el signo como fenómeno objetivo que el examinador asume como indicador de un proceso patológico, y el síntoma, fenómeno subjetivo que percibe el paciente y que después decodifica. El entendimiento del profesional delimitará cualquier desviación del funcionamiento normal de un órgano o el comportamiento, indicativo de un estado subyacente de desorden o perturbación física o mental.

El síntoma es asociado fundamentalmente a la idea de fenómeno anormal, como también, a las ideas de disturbio, cambio, desviación, complicación, desarreglo, accidente y como lo que incomoda al paciente.

“Todo síntoma es la manifestación de un desarreglo orgánico, con el cual esta en correlación. Desarreglo que vive sobre la constitución de la sustancia izada, sobre la estructura de los elementos, sobre las combinaciones en sus tejidos, las formas de los órganos, etc.”²²

La anormalidad, aquello que se desvía o es un error del buen funcionamiento del cuerpo, tiene origen, según cada autor, en aquello que depende de lo funcional o lo sensitivo. *“Síntoma: Cualquier fenómeno morboso o desviado, de lo anormal en cuanto función, aspecto o sensación, experimentado por el paciente e indicativo de enfermedad.”²³* Lo funcional o lo orgánico. *“Síntoma: Manifestación de una alteración orgánica o funcional apreciable solamente por el paciente (por ejemplo, el dolor)...”²⁴* La morfología o el psiquismo. *“Síntoma: Fenómeno accidente con el que se manifiesta la enfermedad, o sea, que los síntomas constituyen la expresión objetiva y subjetiva de una función morfológica o psíquica alterada.”²⁵*

La anormalidad del síntoma es explicada en algunos casos no distinguiendo un origen de otro, sino siguiendo la lógica del estímulo y la respuesta, en donde cada uno operaría a un mismo nivel de importancia. *“Según Modell (1955), los síntomas son trastornos del equilibrio normal entre estímulos y respuestas, o sea, la respuesta a un estímulo anormal, o la respuesta anormal a un estímulo, este sea físico, fisiológico o psíquico. Los estímulos anormales incluyen infecciones, cambios degenerativos, traumatismos psíquicos, físicos o químicos, etc. La respuesta puede ser anatómica, fisiológica o psíquica, o la*

²² Gilbert, André, *Dictionnaire de Médecine*, ed. Librairie J-B. Bailliére et Fils, Paris, 1908, pag. 1628.

²³ AA. VV., *Stedman's Medical Dictionary (23^a Edition)*, ed. Williams & Wilkins, Baltimore, 1997, pág. 1288.

²⁴ AA. VV., *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas (12 edición)*, ed. Salvat, Barcelona, 1983, pág. 325.

²⁵ Ruiz Lara, Rafael, *Nuevo Diccionario Médico*, ed. Teide, Barcelona, 1984, pág. 1176.

combinación de dichos mecanismos de respuesta.”²⁶

En el síntoma médico habría una continuidad sin interrupciones entre lo físico y lo mental, siendo tomados bajo un mismo criterio de análisis e intervención. *“Síntoma: Alteración o trastorno físico o mental que conduce a molestias o quejas por parte del paciente; por lo común es un estado subjetivo, como una cefalea o dolor, en contraste con un signo objetivo, como el papiledema.”*²⁷ *“Síntoma: Cualquier prueba subjetiva de enfermedad o del estado de un paciente; por ejemplo, dicha prueba como la percibe el paciente. Cambio en la evolución del paciente, que indica cierto estado corporal o mental.”*²⁸ Estos criterios sirven para argumentar el origen de las enfermedades psíquicas como orgánicas. *“Todo síntoma es la manifestación de un desarreglo orgánico, con el cual está en correlación... Así como en algunas diversas formas de la locura es el síntoma la manifestación del desarreglo de la sustancia cerebral o de un problema circulatorio encefálico.”*²⁹

El síntoma es la evidencia de enfermedad que llama a ser examinada, que demanda ser significado, es aquello que debe reconocerse o interpretarse, ya que: *“es sentido por el propio paciente (síntoma subjetivo) o percibido por el médico (síntoma objetivo), ya sea mediante una exploración directa o mediante exámenes instrumentales.”*³⁰ Esta evidencia sintomática tiene como primer canal de expresión el dolor que experimenta un paciente. Dolor y síntoma están estrechamente relacionados.

El síntoma presentado y relatado por el paciente puede no ser reconocido en su totalidad por la significación que le brinda el médico. *“Es la comunicación del paciente de que algo está trabajando mal en el cuerpo, por ejemplo, fatiga, dolor, palpitaciones. El síntoma puede estar o no acompañado por signos observables.”*³¹ *“Manifestación de una alteración orgánica o funcional apreciable por el enfermo y a veces por el médico.”*³² Hasta cabría la posibilidad de que algunos síntomas no tuvieran un sustento real para la medicina. *“Síntoma: Indicativo de enfermedad o trastorno sentido por el propio paciente, por lo que es un indicativo subjetivo. Un síntoma real es lo que hace que el paciente consulte a su médico.”*³³

Dentro de la caracterización del síntoma médico existe también una distinción de clase, importancia y dependencia. *“Los síntomas primarios están asociados intrínsecamente al proceso de la*

²⁶ Braier, León, *Diccionario Enciclopédico de Medicina* (4ª edición), ed Jims. Barcelona, 1991, pág. 888.

²⁷ AA. VV., *Diccionario Enciclopédico de las Ciencias Médicas* (1979), ed. Mc Graw-Hill, México, 1984, pág. 1325.

²⁸ AA. VV., *Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina Dorland* (26ª Edición), ed. Emalsa, Interamericana, Madrid, 1988, pág. 1484.

²⁹ Gilbert, André, *Dictionnaire de Médecine*, ed. Librairie J-B. Baillière et Fils, Paris, 1908, pág. 1628.

³⁰ AA. VV., *Diccionario Vox de Medicina*, ed. Bibliograf, Barcelona, 1999, pág. 338.

³¹ AA. VV., *The British Medical Dictionary*, ed. The Caxton Publishing, London, 1963, pág. 1386.

³² Pérgola F., Okner O., *Introducción a la Semiología*, ed. EUDEBA, Buenos Aires, 1983, pág. 91.

³³ AA. VV., *Diccionario de Medicina Oxford* (1980), ed. Complutense, Madrid, 2001, pág. 751.

enfermedad, los síntomas secundarios son consecuencia del mismo.”³⁴ “Según su importancia a los fines diagnósticos los síntomas serán indicados como patognómicos si son importantes y característicos de una determinada enfermedad, o accesorios en el caso contrario.”³⁵ “Síntoma de síntomas: los efectos resultantes de una enfermedad, pero que no son puntos esencialmente ligados a la enfermedad en sí misma. Así de la debilidad resultante de las evacuaciones albinas, en la disentería, es un síntoma de síntomas.”³⁶

1.3. Síndrome.

El síndrome médico se compone de síntomas y signos, según el criterio de la totalidad de las opiniones recabadas. Las diferencias estarían en los modos de composición: como *conjunto* para el 57% de las conceptualizaciones, *cuadro dinámico* el 27%, *serie* el 15%, *grupo* el 15%, *complejo* el 15%, *asociación* el 6% y *combinación* el 3%. En muchas definiciones se utiliza más de un modo de composición, pero sin que estos aparezcan como distintos, ni diferenciados unos de otros, en cierto sentido, se presentan como sinónimos.

Además de ser una conjunción de síntomas y signos, el síndrome para ser tal, debe respetar una exigencia temporal: “*Síndrome: Conjunto de signos y síntomas que aparecen simultáneamente con frecuencia suficiente como para definir clínicamente un estado patológico determinado.*”³⁷ “*Síndrome: Conjunto de síntomas que se manifiestan simultáneamente y que, considerados como un todo, son características de una determinada enfermedad.*”³⁸ Para considerar un estado como sindrómico, este debe tener una frecuencia suficiente, ser simultáneo o suceder regularmente; además de presentarse a la vista del profesional como un todo, como una uniformidad razonable. Mantiene los criterios de visibilidad y racionalidad del signo.

Las discrepancias en las opiniones se suceden respecto de la etiología del síndrome. Por un lado están los que consideran que se trata de patologías con una causa única y bien determinadas en su origen. “*Síndrome: Combinación de síntomas que son el resultado de una causa única o que se presentan juntos con tanta frecuencia como para constituir un cuadro clínico diferenciable.*”³⁹

³⁴ AA. VV., *Diccionario Mosby de medicina y ciencias de la Salud (tomo II)*, ed. Mosby-Doyma, Madrid, 1995, pág.1015.

³⁵ AA. VV., *Nuovo Dizionario Medico Illustrato*, ed. Agostini, Novara, 1979, pág. 804.

³⁶ Op. citada en 29, pág. 1628.

³⁷ Maried, Jorge y Villabona, Carlos, *Diccionario de medicina (Tomo II)*, ed. Marín, Barcelona, 1991, pág. 964.

³⁸ Lock, Steven y Smith, Antony, *Diccionario Médico Familiar*, ed. Reader's Digest Iberia, Madrid, 1981, pág. 666.

³⁹ AA. VV., *Diccionario Enciclopédico de Enfermería (5º edición)*, ed. Panamericana, Buenos Aires, 1996, pág. 1164.

*“Síndrome: Es el conjunto de síntomas que coexisten y se agrupan simultáneamente con bastante frecuencia, y por lo general, están en relación con una enfermedad etiológicamente bien definida o con un proceso fisiopatológico.”*⁴⁰

Otros se pronuncian respecto al síndrome como aquello que tiene varias causas enunciadas, pero sin determinar una como suficiente y única. *“Síndrome: Conjunto de síntomas que se presenta asociados configurando un cuadro patológico característico, que puede estar provocado por varios procesos patológicos, es decir, por varias enfermedades.”*⁴¹ *“Síndrome: Complejo de síntomas objetivos y subjetivos que caracterizan un determinado cuadro clínico, frecuentemente caracteriza una forma mórbida con una variada etiopatogénesis.”*⁴² *“Un conjunto de síntomas y signos agrupados en forma característica configuran un síndrome. Este obedece a varias causas etiológicas, sin poder determinar particularmente una.”*⁴³

Y por último, están quienes reservan el término para aquellas enfermedades sin causa determinada, las que en algunos casos permanecen aún desconocidas o las que directamente se consideran que no tienen causa. Esta definición establecería una diferencia entre lo que es un síndrome y una enfermedad, entre lo indeterminado y lo determinado en sus causas.

*“El término síndrome tiene variables usos en medicina. A veces se argumenta que su uso científico debería restringirse estrictamente para describir únicamente aquellas condiciones cuyas causas son o bien desconocidas o bien diversas, pero este principio es ampliamente criticado por otros. Aún así síndrome es mas comúnmente aplicado que enfermedad para cualquier postulado de entidad mórbida cuyas características no están bien establecidas. De todos modos, muchas de las condiciones para las cuales el síndrome fue originalmente aplicado por esta consideración, han sido ahora estudiadas sistemáticamente y sus características establecidas, y como el término original es todavía familiar a muchos, síndrome a menudo continua siendo usado de una manera amplia para dejar de forma suficientemente clara el orden establecido sobre la diferencia entre enfermedad y síndrome.”*⁴⁴ *“Síndrome: Conjunto de síntomas y signos que, simultáneamente, se repiten en cierto número de enfermedades y son comunes a un grupo nosológico determinado, pero insuficiente, por si mismo, para establecer el diagnóstico de una enfermedad determinada.”*⁴⁵

⁴⁰ Ruiz Lara, Rafael, *Nuevo Diccionario Médico*, ed. Teide, Barcelona, 1984, pág. 1775.

⁴¹ AA. VV., *Gran Diccionario Médico (tomo II-1972)*, ed. Julio Garcia-Peri, Madrid, 1974, pág. 2378.

⁴² AA. VV., *Nuovo Dizionario Medico Illustrato*, ed. Agostini, Novara, 1979, pág. 802.

⁴³ Muniagurria, Alberto y Libman, Julio, *Semiología Clínica*, ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1988, pág. 2.

⁴⁴ AA. VV., *International Dictionary of Medicine and Biology (tomo II)*, ed. Jhon Wiley & Sons, New York, 1986, pág. 2782.

⁴⁵ Braier, León, *Diccionario Enciclopédico de Medicina (4ª edición)*, ed Jims. Barcelona, 1991, pág. 841.

Mayoritariamente se consideraría sindrómicas a aquellas entidades determinables sólo clínicamente sin que aún se hallen establecidas sus causas etiológicas. *“Síndrome: Conjunto de síntomas objetivos y subjetivos que constituyen una individualidad clínica pero no etiológica (pudiendo estar presente en más enfermedades).”*⁴⁶ *“Los síndromes presentan el hecho patológico únicamente por su lado clínico. Cuando el cuadro sintomático puede ser relacionado a una lesión, este ensamble constituye una afección, cuando la causa es conocida, la noción de enfermedad está completa.”*⁴⁷

En los complejos, cuadros o conjuntos la racionalidad de las agrupaciones se basa en la observación, la clasificación y un estudio de las condiciones temporales, no solo de un individuo en particular, sino de poblaciones completas de enfermos. La definición de los síndromes se apoya en la estadística. Al adoptar estos criterios se hace posible una confrontación estadística entre los diferentes perfiles sindrómicos y las diferentes fases de los mismos en los que se comprende sus cambios. Esta acumulación de conocimiento estadístico, además de establecer un diagnóstico, proporciona la posibilidad de suponer una anamnesis y un pronóstico. Aunque por no tener una única etiología es muy posible que no tengan una misma forma de evolucionar un caso y otro.

Otro aspecto a considerar es que los síndromes se designan frecuentemente con el nombre de los científicos que los descubrieron, o por el nombre de la localización de la afección. Del mismo modo que el signo médico, el origen de las nominaciones refieren a los nombres propios de aquellos médicos que han sabido observar el cuadro, o a la localización observable. La nominación del síndrome deviene tanto del *sujeto* observador como del lugar donde el *objeto* es observado. El síndrome sería aquello que es “algo para alguien” y lo ha sabido comunicar para una comunidad científica.

2. Psiquiatría.

2.1. Signo.

El signo en psiquiatría aparece como un concepto de menor importancia respecto al de

⁴⁶ Galli, Valter y Trappolini, Massimo, *Vocabulario Dizionario Medico*, ed. E.M.C., Roma, 1985, pág. 605.

⁴⁷ Gilbert, André, *Dictionnaire de Médecine*, ed. Librairie J-B. Bailliére et Fils, Paris, 1908, pág. 1628.

síntoma o al de síndrome, dado que muchos diccionarios y enciclopedias no lo presentan con una entrada en particular, y en la mayoría de los casos es subsumido u homologado al concepto de síntoma.

“...desde el punto de vista semiológico psiquiátrico son signos, es decir, síntomas que revelan la modificación que en el organismo tiene lugar, señales que van dirigidas al otro (presente o imaginado) y símbolos por cuanto se formulan en modo indirecto (símbolos verbales y extra verbales).”⁴⁸ Como vemos en la cita o en toda la definición del Manual de Psiquiatría de Oxford⁴⁹, no nos encontramos con una clara distinción entre signo y síntoma. Esta es una problemática reconocida por otro autor, particularmente en lo que refiere al uso del lenguaje psiquiátrico. *“Un síntoma es usualmente distinguido de un signo, que es una manifestación de un trastorno observable objetivamente por otra persona, tal como un terapeuta o un psiquiatra. De todos modos, en su uso, la palabra síntoma frecuentemente incluye signos objetivos de condiciones mórbidas también.”⁵⁰*

El signo psiquiátrico es definible por su objetividad, es un indicador, una manifestación objetiva de un proceso anormal. *“Los signos son los hallazgos objetivos observables por el médico (por ejemplo una constricción de afecto); los síntomas son las apariencias subjetivas descritas por el paciente (por ejemplo, descenso del humor).”⁵¹* Este hallazgo objetivo es el producto de la diferenciación de todas aquellas percepciones que sólo se presentan como apariencias, las cuales quedan dentro del campo de lo sintomático y de la subjetividad del paciente que las comunica. Lo objetivo es racional, verdadero y plenamente expresable en los términos del saber psiquiátrico.

En el proceso de separación entre lo objetivo y lo subjetivo, lo determinable de lo aparente, la observación ocupa un lugar preponderante. *“Signo: Manifestación de patología determinada objetivamente por parientes, amigos o el médico.”⁵²* *“Los síntomas son las quejas que los pacientes comunican de forma espontánea o a través de la historia clínica. Los signos son observados por el clínico, el paciente, los amigos de éste o sus familiares, e indican el funcionamiento anormal de uno o más sistemas corporales.”⁵³* El lugar de un observador calificado lo puede desempeñar cualquier sujeto, para constituir un signo no habría una mirada profesional particularmente calificada, basta con que alguien observe e indique en otro una conducta anormal o patológica.

En la observación se reconstruye lo inobservable, lo que tiene origen en el psiquismo

⁴⁸ Castilla del Pino, Carlos, *Introducción a la Psiquiatría (tomo II)*, ed. Alianza, Madrid, 1982, pág. 36.

⁴⁹ Gelder M., Mayou R. y Geddes J., *Psiquiatría Oxford (1999)*, ed. Marbán, Madrid, 2002.

⁵⁰ Kahn, Ronald and Kahn Ada, *The Encyclopedia of Phobias, Fears and Anxieties*, ed. Facts on File, New York, 1989, pág.399.

⁵¹ Kaplan H., Sadock B. y Grebb, J., *Sinopsis de Psiquiatría*, ed. Panamericana, Buenos Aires, 1997, pág. 311.

⁵² Brussel J. y Cantzlaar G., *Diccionario de Psiquiatría*, ed. Compañía Editorial Continental, México, 1977, pág. 240.

⁵³ Hales R., Yudofsky S., y Talbott R., *DSM IV. Tratado de Psiquiatría (tomo III-3ª Edición)*, ed. Masson, Barcelona, 2000, pág. 1659.

del paciente. *“Los signos se constituyen como lesiones anatómicas o trastornos fisiológicos objetivables u ostensibles para un observador. Los síntomas, por el contrario, no adquieren realidad sino para quien los padece, son subjetivos. Ellos están en el lugar de la causa que es inobservable, cuando es psíquica, pero que puede ser inferida de los datos empíricos que proveen la observación de síntomas.”*⁵⁴ Se remarca el carácter positivo del signo que se expresa en sus propiedades visibles, entendibles para todo observador, por lo tanto, estas propiedades son universalizables.

*“Los síntomas son subjetivos, y en muchas ocasiones, difíciles de discernir para el observador no experto como ocurre por ejemplo con la ansiedad y otras emociones y sentimientos. Mientras los síntomas son experiencias subjetivas referidas por el paciente, los signos, proceden de las conductas observables y de los datos de los marcadores biológicos.”*⁵⁵ Lo observable para la psiquiatría sería fundamentalmente la conducta, como aquello que tiene un significado y es capaz de ser expresado en valores cuantificables.

Los signos son representativos de una conducta cuando son asociados a significados provistos por un observador objetivo. La función del psicólogo es comprender, dándole sentido a eso que se expresa en el paciente. Se liga una percepción con un sentido convencional dado en el saber psicológico.

*“Signo: Cualquier objeto o hecho —especialmente una acción o el resultado directo de una acción— percibido como teniendo una significación mas allá de si mismo, por ejemplo, el enrojecimiento en una perturbación.”*⁵⁶

Se sostiene la idea de una comunicación, basada en la comprensión, sumada a una metodología de aprendizaje que se fundamentan en un signo transparente, que transmite un significado unívoco y carente de equívocos.

*“Signo: Un signo dado, por una percepción convencionalmente asociada, y con la intervención humana, a la experiencia de un objeto o de una situación (por ejemplo percepción de un gesto o palabra) y puede sustituir a la experiencia del objeto o de la situación.”*⁵⁷

Una de las funciones más importantes del psiquiatra es el reconocimiento de los signos

⁵⁴ Vidal, G. Bleichmar, H. y Usandivaras R., *Enciclopedia de Psiquiatría*, ed. Ateneo, Buenos Aires, 1977, pág. 628.

⁵⁵ Carrasco J., Baldomero E., Perera J. y García E., *Manual de Psiquiatría*, ed. Ars Medica. Barcelona, 2002, pág. 32.

⁵⁶ English, Anna y English Horace, *Diccionario de Psicología y Psiquiatría*, ed. Paidós, Buenos Aires, 1977, pág. 753.

⁵⁷ Battegay R., Glatzel J., Pöldinger W. y Rauchfleisch U., *Diccionario de Psiquiatría*, ed. Herder, Barcelona, 1989, pág. 387.

de un síndrome sabiendo ver, nombrar y comunicar eficazmente, es decir, ajustarse lo máximo posible a una metodología. *“El convertirse en un experto en el reconocimiento de signos y síntomas específicos permite al clínico comunicarse de manera comprensible con otros médicos, realizar un diagnóstico preciso, tratar de manera eficaz, predecir un pronóstico con fiabilidad, y explorar detalladamente la fisiopatología, las causas y los aspectos psicodinámicos de un trastorno.”*⁵⁸

Con la definición del signo se puede establecer la temporalidad de una condición mórbida: la anamnesis, el diagnóstico y el pronóstico, permitiendo la transmisión y el reconocimiento de tal estado mórbido por otros profesionales. *“La notación precisa de los signos que componen los cuadros clínicos de las enfermedades mentales y permiten su diagnóstico y su pronóstico, esto es particularmente difícil de enseñar y de exponer. Esta semiología exige tal vez más experiencia que saber.”*⁵⁹

Hay una preponderancia de la experiencia por sobre el conocimiento teórico, el oficio del psiquiatra depende sustancialmente de la práctica clínica. Este dominio lo llevará no sólo a reconocer sino también a la posibilidad de provocar los signos ante una determinada patología. *“Signo: Fenómeno, carácter, síntoma objetivo de una enfermedad o estado que el médico reconoce o provoca.”*⁶⁰ Esta posibilidad es equiparable a la del médico respecto de lo estrictamente orgánico.

La técnica psiquiátrica se basa fundamentalmente en la comprensión, facilitando las condiciones de comunicación con el paciente, que permitan al profesional experimentar, compartir, en definitiva comprender lo que el enfermo intenta transmitir conscientemente.

*“El examen clínico psiquiátrico constituye el más singular de los coloquios, puesto que está fundado sobre una penetración intersubjetiva entre el espíritu del observador, que pretende comprender, y el espíritu del paciente, que se abandona o retrae al contacto con el otro. Se debe escoger el nivel más favorable para la comunicación y la comprensión.”*⁶¹

“Aunque es importante obtener los detalles de los signos y síntomas del trastorno mental, el médico nunca debe olvidar que el paciente es una persona. Debe intentar comprender cómo afecta el trastorno a los sentimientos del paciente; por ejemplo, haciéndolo aprensivo o desesperanzado; y como afecta a su papel en la sociedad, por ejemplo, como padre. Así, el médico necesita entender como una madre deprimida tiene que cuidar a sus hijos, o como un esquizofrénico intentar trabajar a pesar de sus alucinaciones y delirios persecutorios.

⁵⁸ Carrasco J., Balamero E., Perera J. y García E., *Manual de Psiquiatría*, ed. Ars Medica. Barcelona, 2002, pág. 341.

⁵⁹ Ey H., Bernard P. y Brisset Ch., *Tratado de Psiquiatría (8ª Edición)*, ed. Toray-Masson Barcelona, 1980, pág. 121.

⁶⁰ Valdez Miyar, Manuel. *Diccionario de Psiquiatría*. Ed. Masson. Barcelona. España. 1996, pág. 144.

⁶¹ Op. citada en 50, pág. 121.

*Cuanto más pueda el médico introducirse dentro de estas experiencias, más podrá ayudar a su paciente.*⁶²

Comprender un signo implica para el psiquiatra tomar una posición introspectiva, pues, para prescribir una terapéutica deberá pensar como si estuviese en las circunstancias del paciente. Esta operatoria sostendría una continuidad del saber sobre el cuerpo y la mente. Si en lo físico disponen, tanto médico y paciente, de órganos con similares características, en lo psíquico seríamos capaces de tener los mismos pensamientos y conductas. Se sostiene la idea de una comunicación, una comprensión y un aprendizaje transparente entre médico y paciente.

En otro sentido, tampoco se presentan diferencias significativas entre aquellos signos que podrían identificarse como físicos o psíquicos, en ningún caso se presenta una separación clara entre unos y otros. Ambos estarían bajo un orden natural, con una continuidad sin interrupciones en sus propiedades y en su posible terapéutica.

2.2. Síntoma

Es considerado como un síntoma psiquiátrico toda aquella evidencia, alteración, manifestación, señal, indicación, queja, relato o descripción que el paciente expresa.

*“Síntoma: Manifestación subjetiva de un estado patológico. Los síntomas son descriptos por el individuo afectado más que observados por el examinador.”*⁶³

*“El síntoma psiquiátrico es la descripción que realiza un paciente de un fenómeno mental anormal bien cuando presenta sus quejas de algo que le aflige, bien cuando describe sus experiencias subjetivas que aparecen como patologías para el observador.”*⁶⁴

Queda claro en todas las definiciones que el síntoma transmite un contenido subjetivo y es la manifestación de un fenómeno sentido sólo por el paciente. Opuesto diametralmente al signo que es el producto de una observación objetiva realizada por otro. Hay una estrecha

⁶² Gelder M., Mayou R. y Geddes J., *Psiquiatría Oxford (1999)*, ed. Marbán, Madrid, 2002, pág. 4.

⁶³ Page, James, *Manual de Psicopatología*, ed. Paidós, Barcelona, 1982, pág. 447.

⁶⁴ Carrasco J., Balamero E., Perera J. y García E., *Manual de Psiquiatría*, ed. Ars Medica. Barcelona, 2002, pág. 42.

relación entre el síntoma y el dolor, al modo de un afecto, una sensación que permanece como una experiencia singular. Pero este padecer inobservable, oculto puede ser inferido por los datos empíricos que provee la observación.

Los resultados objetivos y positivos de la inferencia hechos signos captarían totalmente el fenómeno sensitivo, son la comprensión de la condición que manifiesta el síntoma. No se registra una pérdida significativa en el paso de un orden a otro, en tanto, ninguna definición parece decir lo contrario. Es posible captar por medio del signo todo el fenómeno sintomático que es la primera evidencia de la causa.

Igualmente se establece una discriminación de los síntomas en el acto de inferirlos: según su repetición, que no sean simulados, que estén dentro de lo normativizado, que sean conscientes, que se puedan relacionar a otros.

“Síntoma: Los síntomas son unidades descriptivas de la vivencia y de la conducta que destacan frente a la esfera habitual y cotidiana (normal en el sentido estadístico del término) del vivir y de la conducta consciente del hombre medio. No deben ser considerados aisladamente como simples indicadores (específicamente, patognómicos) de una determinada afección hipostasiada.”⁶⁵

Existirían también criterios que determinarían la propiedades y jerarquías para los síntomas: síntomas primarios o secundarios, conductuales o aconductuales, principales o secundarios, hereditarios o aprendidos.

Los síntomas son manifestaciones muy variadas pero fundamentalmente se observa y se determina en lo que es una conducta. La acción psiquiátrica se centra en los síntomas conductuales, aquellas acciones capaces de sentido, que tienen un propósito, y son expresables en símbolos verbales o extra verbales.

“En resumen: 1. todos los síntomas son somáticos; 2. los síntomas (somáticos) se dividen en conductuales y aconductuales; 3. los síntomas aconductuales son expresión indiciaria de una alteración que ocurre sólo en el organismo, por tanto, de naturaleza sólo biológica; 4. los síntomas conductuales (behaviorales) son actividades que desde el organismo en el que se verifican remiten al sujeto, que se vale del organismo para su expresión signica y, por tanto, para su relación.”⁶⁶

⁶⁵ Battegoy R., Glatzel J., Pöldinger W. y Rauchfleisch U., *Diccionario de Psiquiatría*, ed. Herder, Barcelona, 1989, pág.511.

⁶⁶ Castilla del Pino, Carlos, *Introducción a la Psiquiatría (tomo II)*, ed. Alianza, Madrid, 1982, pág. 36.

Los demás síntomas que no puedan ser tomados como indicadores de un síndrome, tiene un valor menor a la hora del diagnóstico, aunque el paciente le de una mayor importancia en su malestar. Se diagnostica un síndrome, o juzgar su evolución, según aquellos síntomas capaces de coincidir con los sentidos que preestablece el conocimiento psiquiátrico, sino quedarán como hechos aislados. En este sentido es importante distinguir la forma (un idea obsesiva o un delirio, por ejemplo) del contenido singular (de esa idea obsesiva o delirio) que en cada relato subjetivo aparece.

“En psiquiatría no existen síntomas patognomónicos. Todas las manifestaciones psiquiátricas son inespecíficas, ya que se observan en muchos trastornos diferentes y en el mismo trastorno pueden encontrarse síntomas diferentes. Sin embargo, no todos los síntomas tiene el mismo valor como indicativo de trastorno. Para que un síntoma tenga valor orientador hacia un diagnóstico, debe ser característico del trastorno que se sospecha y por lo tanto debe darse relativa frecuencia, deben buscarse síntomas coexistentes, y asimismo debe indagarse la existencia de otros síntomas para llevar a cabo un diagnóstico diferencial con otros trastornos.”⁶⁷

Se reconoce al síntoma como aquello que tiene un origen en lo somático, pero por otro lado, este origen es difícil de determinar puntualmente en una condición mórbida. No hay un síntoma patognomónico por lo que todas las manifestaciones son inespecíficas. La agrupación de los síntomas en cuadros sindrómicos se basa en la frecuencia de su presentación y su coexistencia para un mismo momento.

Los síntomas psiquiátricos difícilmente participen de aquello que se define como una enfermedad, condición mórbida cuya causa fue determinada fehacientemente. Su sentido es producto de una comprensión que los significa por el hecho de relacionarlos unos con otros. Por medio de la comprensión son considerados actos con sentidos (conductas) que poseen un propósito y una significación.

Algunas opiniones discriminan entre síntoma físico y síntoma mental, esto se sostiene sin muchas aclaraciones. Quienes se preguntan por su origen plantean únicamente su condición de somático. Lo es que unánime es la utilización de la observación, según los criterios de racionalidad y objetividad, sumando a la comprensión como una metodología de intervención sobre los síntomas, tanto sean, físicos o psíquicos. Se distinguen solamente según

⁶⁷ Carrasco J., Baldomero E., Perera J. y García E., *Manual de Psiquiatría*, ed. Ars Medica. Barcelona, 2002, pág. 32.

su proximidad a la causa del estado morbosos, que en la mayoría de los casos están aún sin determinar, en síntomas fundamentales (primarios, axiales) o accesorios (secundarios, marginales).

2.3. Síndrome

El síndrome psiquiátrico se compone de signos y síntomas, esto aparece unánimemente en todas las opiniones. Esta composición se conforma a modo de: constelación, complejo, cuadro, conjunto, agrupamiento. En muchas definiciones se utiliza más de un modo composición, pero sin que estos aparezcan como distintas, ni diferenciadas, siendo presentadas como sinónimos.

*“Un síndrome es, sencillamente, un conjunto de síntomas. Dicho de otro modo, un síndrome es el contexto en el que cada síntoma se ofrece. Ahora bien, el contexto de cada síntoma es el conjunto de los restantes.”*⁶⁸

La idea de contexto nos indica que el síndrome es la puesta en relación del síntoma (hecho aislado) con su contexto relacional. Esto sucede para la psiquiatría según ciertas condiciones metodológicas. La primera condición de agrupamiento es la temporalidad.

*“Un síndrome es una agrupación de signos y síntomas que aparecen juntos y forman un patrón reconocible; es importante saber identificarlos, porque aunque son categorías diagnósticas menos específicas que un trastorno o una enfermedad concreta, proporcionan por medio del reconocimiento de la frecuencia una buena guía para el tratamiento.”*⁶⁹

Que ocurran juntos los síntomas y signos, y que estos se repitan en el transcurso de la enfermedad, habilita a la definición de un síndrome psiquiátrico. La condición temporal, caer

⁶⁸ Castilla del Pino, Carlos, *Introducción a la Psiquiatría (tomo II)*, ed. Alianza, Madrid, 1982, pág. 43.

⁶⁹ Carrasco J., Baldomero E., Perera J. y García E., *Manual de Psiquiatría*, ed. Ars Medica. Barcelona, 2002, pág. 32.

juntos y repetirse, es lo que sustenta las agrupaciones sindrómicas ante la imposibilidad de relacionar los síntomas y signos según una causa conocida, como si sucede en una enfermedad.

*“Si toda una serie de enfermos presentan el mismo tipo de trastorno, el mismo tipo de conducta patológica. Esto justifica pues el agrupar los síntomas en síndromes y la búsqueda de una nosografía racional.”*⁷⁰

La racionalidad de las agrupaciones se justifica no sólo en la temporalidad individual de cada paciente. Es importante la observación de las repeticiones en los distintos enfermos, se mantienen los criterios de observación racional y objetiva. Pero esta observación esta dirigida a las conductas humanas y se vale como herramienta de la estadística para argumentar la validación de los cuadros que se constituyen, es la metodología que sustituye aquello que se supone visible pero no puede ser observado directamente.

*“En la historia del pensamiento psiquiátrico, la aparición del síndrome marca el momento en el que, al pasar del nombre propio de la entidad enferma al adjetivo ‘la designación y la clasificación, el lenguaje y la naturaleza cesan de entrecruzarse con pleno derecho’ (Foucault). Lo que ocupa en el espacio de la ciencia el lugar de un invisible que anima y sustenta las formas de organización visible del síntoma. Representa un viraje constitutivo de la psiquiatría como ciencia.”*⁷¹

El campo psiquiátrico desde sus orígenes hasta nuestros días hay sido fundamentalmente una psicopatología de síndromes. Cuadro mórbidos que llegarían a establecerse como enfermedades según los criterios médicos.

“Dentro de este contexto conceptual, los síntomas y los síndromes no se consideran enfermedades, puesto que estas suponen un conjunto articulado de síntomas que tienen una causa, una alteración somática, un pronóstico y un tratamiento comunes.

Síntoma, síndrome y enfermedad más que realidades en sí son tres posturas que adopta el psicopatólogo respecto de su objeto de estudio. El síndrome se diferencia del síntoma en que es un conjunto articulado de síntomas, y de la enfermedad en que puede responder a causas de tipo diverso.

⁷⁰ Rodríguez, Francisca, *Diccionario de los términos técnicos usados en Psicología*, ed. Cabaut, Buenos Aires, 1916, pág. 968.

⁷¹ Porot, Antoine, *Diccionario de Psiquiatría*, ed. Labor, Barcelona, 1977, pág.1074.

Pero resulta que la mayoría de los síndromes no podemos atribuirlos a determinadas causas, por lo que tenemos que limitarnos a describirlos, simplemente, como tales cuadros clínicos. Es decir, debemos presentarlos como síndromes, con la esperanza de que, quizá, investigaciones posteriores sean capaces de presentarlos como enfermedades.”⁷²

Los síndromes guían el tratamiento, en tanto que permiten suponer una anamnesis, establecer un diagnóstico y proporcionar un pronóstico de la condición anormal. Se puede precisar con él un conocimiento del pasado, presente y futuro de la situación que el paciente trae.

Junto a la temporalidad, lo que garantiza la fiabilidad de los cuadros es que todos los elementos que lo constituyan sean primero nombrados y luego clasificados. Esto permitirá que los síntomas y signos puedan ser agrupados o diferenciados entre sí. Pero fundamentalmente que estos conjuntos puedan ser jerarquizados respecto de otros conjuntos.

“...en la actualidad existe una tendencia vigorosa al establecimiento de formulaciones lógicas correctas para la clase de síndromes —los denominamos “grandes síndromes”—, dentro de los cuales es factible determinar subclases para subconjuntos de síntomas. Por ejemplo, hay pacientes que muestran temores a las alturas junto a taquicardias, sensaciones de ascenso visceral, inestabilidad corporal, sensaciones vertiginosas, etc. Otros, muestran actos obsesivos, pensamiento rígido, escrúpulos. Nos encontramos con un subsíndrome fóbico y un subsíndrome obsesivo, pero ambos pertenecen a la clase del síndrome neurótico. Otro ejemplo de subsíndrome puede ser el delirante alucinatorio, o el catatónico, que pertenecen a la clase del síndrome psicótico.”⁷³

En la mayoría de las opiniones se establece una clara distinción entre enfermedad y síndrome, caracterizando a esta última como aquella entidad que aún no tiene una causa definida, ni una etiogénesis específica. La gran mayoría de las anomalías psiquiátricas conocidas son definidas como síndromes.

“Los autores entienden por síndrome una entidad mórbida postulada, más no probada todavía, cuyas características y orígenes no están aún establecidas claramente. Conviene reservar el nombre de enfermedad, en todo caso, para aquellas entidades nosológicas que reconocen una causa definida y un cuadro clínico bien preciso

⁷² Monedero Gil, Carmelo, *Psicopatología Humana*, Ed. Siglo XXI, Madrid, 1996, pág.14.

⁷³ Castilla del Pino, Carlos, *Introducción a la Psiquiatría (tomo II)*, ed. Alianza, Madrid, 1982, pág.43.

y previsible. En psiquiatría son frecuentes los síndromes: el depresivo, el maníaco, el confusional, el demencial, etc.”⁷⁴

*“Es importante tener en cuenta que el nivel diagnóstico sindrómico no tiene implicaciones etiogénicas específicas, aunque pueden existir tipicidades, frecuencias mas o menos elevadas, en algunos trastornos.”*⁷⁵

*“Síndrome es menos específico que “trastorno” o “enfermedad”, que generalmente implica una causa específica de proceso mórbido. En el DSM muchos trastornos son considerados síndromes.”*⁷⁶

Solo hay dos opiniones que difieren del resto, donde pareciera no establecerse una diferencia entre síndrome y enfermedad.

*“Síndrome: Agrupamiento habitual de síntomas, que conforman una estructura patológica detectable y clasificable según su naturaleza, su origen, su evolución, etc.”*⁷⁷

*“Síndrome: Dícese de un conjunto de síntomas que caracterizan una determinada forma mórbida. Se trata de un cierto número de fenómenos que tienen una única y común causa, en modo de formar un cuadro clínico complejo y caracterizado por la misma causa.”*⁷⁸

No existe una distinción explícita entre síndromes mentales y físicos. Aunque se defina al síndrome como un conjunto de signos y síntomas mentales y físicos, la observación y la intervención sobre los mismos no les reconoce diferencias.

Los nombres de los síndromes se asocian al signo o al síntoma mas importante del cuadro (ataque de pánico, trastorno obsesivo compulsivo) o al nombre del descubridor (síndrome de Korsakoff, síndrome de Cotard). Estas denominaciones retienen, tanto del lado del objeto o el sujeto, la importancia que la psiquiatría le da a la observación de las conductas.

⁷⁴ Vidal, G. Bleichmar, H. y Usandivaras R., *Enciclopedia de Psiquiatría*, ed. Ateneo, Buenos Aires, 1977, pág. 628.

⁷⁵ Carrasco J., Baldomero E., Perera J. y García E., *Manual de Psiquiatría*, ed. Ars Medica. Barcelona, 2002, pág. 32.

⁷⁶ Kahn, Ronald and Kahn Ada, *The Encyclopedia of Phobias, Fears and Anxieties*, ed. Facts on File, New York, 1989, pág. 400.

⁷⁷ Pelicier, Yves, *Léxico de Psiquiatría*, ed. Huemul, Buenos Aires, 1977, pág.171.

⁷⁸ Spirolazzi, Giancarlo, *Dizionario di Psicopatologia Forense*, ed. Giuffré, Milan, 1969, pág. 301.

Análisis por Disciplina

1.1. Medicina.

Se puede afirmar que el campo médico dispone de un orden conceptual muy claro y preciso. Este va del síntoma como lo sentido sensorialmente a los signos como lo observado por otro. Para terminar en el síndrome, que es la organización en un cuadro dinámico de todo el conjunto de signos percibidos.

En estas tres instancias del procedimiento médico el paciente es únicamente partícipe del primer momento, como agente del fenómeno sintomático que siente en el propio cuerpo. En el segundo y tercer momento interviene el profesional, como quien observa la evidencia y comprende el cuadro en su conjunto.

El primer momento se establece según las condiciones de una enunciación subjetiva. Luego se procede a su objetivación, dejando el mundo de los fenómenos y apariencias y ser reconocible en el orden científico. En este segundo momento del dato objetivo se adquieren las propiedades de uniformidad, unidad y capacidad de relación.

“Sensación: Impresión transmitida por un nervio aferente hacia el sensorio específico.”⁷⁹

“Subjetivo: Que es percibido solamente por el individuo afectado; que no es perceptible por los sentidos de otra persona.”⁸⁰

“Prueba: Examen, inspección o investigación. Reactivo para encontrar las pruebas específicas.”⁸¹

El síntoma como sensación subjetiva se define por ser la instancia en la que no está separado el órgano o la función enferma de la sensación física de quien lo siente. En la prueba aparece un otro, el observador, que determina la prueba objetiva por medio de la separación de un objeto circunscrito de la sensación. El término *reactivo* de la definición anterior proviene de la química, pero es de gran utilidad en medicina, pues la prueba objetiva depende de los

⁷⁹ AA. VV., *Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina Dorland (26ª Edición)*, ed. Emalsa, Interamericana, Madrid, 1988, pág. 1439

⁸⁰ AA. VV., *Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina Dorland (26ª Edición)*, ed. Emalsa, Interamericana, Madrid, 1988, pág. 1513.

⁸¹ AA. VV., *Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina Dorland (26ª Edición)*, ed. Emalsa, Interamericana, Madrid, 1988, pág. 1280.

resultados que arroje una sustancia o acción reactiva. Lo reactivo permite separar y reconocer la naturaleza de ciertos cuerpos por la acción que se produce sobre ellos.

Se discrimina la impresión, el dato anormal, por acción del examen instrumental y su evidencia cuantitativa. Discriminándolo de aquello que pudiera ser simulado, mentiroso, oscuro, confuso de lo verdadero o no transparente de una condición.

Resumamos el proceso: el síntoma como lo que enuncia el afectado y es objeto de la visión del médico, el signo como lo que nombra el profesional por medio de la articulación entre la visión y los términos médicos, y el síndrome como la acción de ordenar y combinar.

El síntoma pertenecería al orden del fenómeno y del caos natural de lo mórbido, el signo sería la instancia de la nominación, pruebas y evaluación. Terminando en el síndrome, acto a agrupamiento diagnóstico y estableciendo de un orden temporal de lo mórbido.

“Diagnóstico: Técnica médica que diferencia una enfermedad de otra. Análisis de las características anatómicas funcionales y patológicas de un sujeto para determinar su estado de salud o enfermedad.”⁸²

Para finalizar, ubicamos el arte médico en el punto donde el síntoma se transforma en signo, es allí, donde encontramos las condiciones interpretativas de un profesional, su ojo clínico. La técnica médica es la operación que relaciona los signos con los conjuntos sindrómicos, la comprensión de las evidencias según los cuadros ya conocidos por la ciencia.

| SÍNTOMA | SIGNO | SÍNDROME |
|-----------------------------|--|-----------------------------|
| Lo sentido | Lo observado | Conjunto, cuadro dinámico |
| Indicación del paciente | No evidente al paciente, solo al observador calificado | Compresión del médico |
| Subjetivo | Objetivo | Uniformidad razonable |
| Sensaciones subjetivas | Prueba objetiva | |
| Simulado o ficcionado | Verdadero | Verdad en el tiempo |
| Lo enunciado | Lo percibido | Lo ordenado |
| Lo dado a ver | Lo nombrado | Lo combinado |
| Fenómeno | Evaluación | Diagnóstico |
| Interpretación, arte médico | | Comprensión, técnica médica |

⁸² AA. VV., *Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina Dorland (26ª Edición)*, ed. Emalsa, Interamericana, Madrid, 1988, pág. 932.

2. Psiquiatría.

El orden psiquiátrico toma, sin evidenciar diferencias, las conceptualizaciones que le deviene originariamente del campo médico. El síntoma es aquello sentido o actuado por un sujeto, los signos como lo observado por otro, y el síndrome como el conjunto de signos y síntomas que se han observado. Es de considerarse que este orden muchas veces no aparece tan claro en algunas fuentes consultadas, algunos autores subsumen o homologan el síntoma con el signo, como también, no distinguen síndrome de enfermedad. Al falta una etiopatológica para el síndrome, no es un tema menor la necesidad de esta discriminación, ya que, la inmensa mayoría de las enfermedades mentales que aborda la psicopatología psiquiátrica son consideradas síndromes.

Las sensaciones y las conductas del paciente caracterizan al síntoma. El psiquiatra interviene observando estos datos para darle dictaminarles un sentido. El psiquiatra y su comprensión ubicarán los datos en los cuadros psicopatológicos que mas se ajusten a lo que percibe. La comprensión se apoya en saber leer los códigos psiquiátricos, ajustarse a su metodología y a los cuadros que allí se describen. Muchos autores resaltan la necesidad de una mirada introspectiva en el profesional como parte de la comprensión. El psiquiatra antes de prescribir una terapéutica deberá pensar como si estuviese en las circunstancias del paciente.

Se mantiene la idea de considerar como algo puramente subjetivo el relato del paciente, esto se presenta como una conducta particular, un hecho aislado de toda significación científica. Es aquello que esta en relación al dolor para muchas de las consideraciones, manteniendo su condición de primera expresión de algo que sucede en el cuerpo.

El paso de un síntoma a un signo depende de una definición exacta de las conductas que aparecen como anormales en un paciente. Una vez concretada esta instancia el psicólogo deberá comprender tales signos según el psicossíndrome que mas se ajuste a esa condición mórbida, estableciendo su diagnóstico.

“Subjetivo: Lo que solo existe en la mente. Aquello que llega al sujeto o es percibido por él, en contraste con algo que es modificado por circunstancias externas o puede ser evaluado mediante normas objetivas.”⁸³

⁸³ AA. VV., *Terminología Psiquiátrica y de la clínica Patológica*, ed. Trillas, México, 1976, pag. 126.

El signo es objetivo, el resultado de la observación significativa de cualquier otro, es hacer visible lo que permanece como inobservable en la condición patológica. Lo objetivo da visibilidad a un hecho capaz de ser simbolizado y ser generalizable en su significación.

El síndrome al ser una entidad que aún no tiene una causa definida, ni una etiogénesis específica, se define por su racionalidad. Esta razón clasifica y jerarquiza los signos reconociéndolos como un conjunto que deben presentarse siempre juntos y repetirse en el tiempo. Esto permitirá que el hecho simbolizado sea reconocido en su contexto relacional.

La conducta es la forma del síntoma que mas importa a la psiquiatría, todas las apariencias sensibles deben ser objetivadas en las conductas. Se define allí las primera de las acciones del psiquiatra: reconocer y definir significativamente las conductas y las emociones. El signo es aquel hallazgo donde la conducta es un símbolo que se dirige a otro con un sentido. La acción posterior es una comprensión codificada de los sentidos de cada conducta, para definir un cuadro sindrómico y su temporalidad: diagnostico, pronóstico y anamnesis. El apego a la metodología psiquiátrica aparece como la única garantía de un diagnóstico sin ambigüedades y entendible por los otros profesionales.

| <i>SÍNTOMA</i> | <i>SIGNO</i> | <i>SÍNDROME</i> |
|--|--|--|
| Lo sentido | Lo observado | Conjunto, cuadro, complejo |
| Relato del paciente | Observación de otro | Compresión del psiquiatra |
| Subjetivo | Objetivo | Orden clasificador y temporal . Sin causa |
| Lo relatado – singular | Lo visto – generalizable | Lo racionalizado |
| Hecho aislado | Hecho simbolizado | hecho en su contexto |
| Conducta | Símbolos dirigidos a otro | Discriminar sentidos |
| Apariencia | Hallazgo | Diagnóstico-pronostico- anamnesis |
| Reconocimiento y definición de conductas y emociones | Comprensión codificada, para un diagnóstico sin equívocos y transmisible | |

Análisis por concepto.

1. Signo.

El signo se presenta en las dos disciplinas como concepto que media entre el síntoma y el síndrome, definiéndose su posición, función y especificidad respecto de ellos. Se ubica como el término que necesariamente articula el caos del fenómeno (síntoma) y la racionalidad de un cuadro (síndrome). Puede tener una menor consideración, subsumirse o confundirse al síntoma en la psiquiatría. La mayor justeza y uniformidad en los criterios aparecen en el campo médico.

En general, las caracterizaciones que se hacen del signo son muy similares, precisas y no suponen grandes discrepancias. La propiedad fundamental es su objetividad en contraposición a la subjetividad del síntoma. Esta distinción se mantiene constante y unánime, sin opiniones que difieran.

El signo sería la objetivación del fenómeno, la apreciación crítica del síntoma después de ser analizado e interpretado. Es señal, indicio, prueba, evidencia, manifestación, hallazgo, carácter, dato, elemento, que se ha logrado individualizar y universalizar una vez apartado lo singular y subjetivo. La medicina objetiviza un órgano o una función del cuerpo. La psiquiatría aquello que pueda ser definido como una conducta humana.

“Los síntomas devienen signos en el espíritu del observador que los aprecia.”⁸⁴

En el proceso de separación entre lo objetivo y lo subjetivo aparece como determinante la observación. Para la medicina esta operación es ejercida por el profesional habilitado. En la psiquiatría la manifestación de patología puede ser determinada objetivamente por parientes, amigos u otra persona, basta con que alguien observe e indique en otro una conducta anormal o patológica.

La observación reconstruye lo inobservable de la enfermedad. Puede inferirse desde los signos externos un daño orgánico interno en la medicina, del mismo modo, que los signos conductuales visibilizan aquello inobservable de la enfermedad psíquica del paciente para la

⁸⁴ Gilbert, André, *Dictionnaire de Médecine*, ed. Librairie J-B. Baillière et Fils, Paris, 1908, pág. 1628.

psiquiatría. En los dos campos se remarca el carácter positivo del signo, expresado en sus propiedades visibles y entendibles para todo observador. Estas propiedades son universales y transmisibles objetivamente. La utilización de la técnica instrumental funciona como un suplemento que brinda un mayor alcance a los sentidos del profesional.

El registro de la observación depende de una adecuada exploración, esta se rige por criterios metodológicos, que permite reconocer directamente los signos en el paciente, o bien, ser provocados por el profesional sobre el mismo. La medicina se presenta como la ciencia rectora en la definición de los pasos metodológicos, desde sus acciones hasta definiciones resultantes. Estas condiciones parecieran más dificultosas de aplicar en la psiquiatría, ya que, se demuestran un constante preocupación por despejar los equívocos y las diferencias diagnósticas.

El signo, una vez definido, se constituye en un factor de diagnóstico fundamental para los dos campos. Con la definición del signo se puede establecer la temporalidad de una condición mórbida: la anamnesis, el diagnóstico y el pronóstico.

En la medicina el signo se presenta como lo verdadero opuesto a la apariencia, lo simulado o lo ficcional del síntoma. Una verdad nombrable a partir de lo percibido con los sentidos en una evaluación orgánica o funcional. El psiquiatra trabajará con signos conductuales capaces de adquirir un sentido. Los signos son representativos de una conducta cuando son asociados a significados provistos por un observador objetivo. La función del psiquiatra será comprender aquello expresa en el paciente, muchas veces, desde su propia experiencia.

Ninguno campo presentan diferencias significativas entre aquellos signos que podrían identificarse como físicos o psíquicos, no se encuentra criterios taxativos de separación clara entre unos y otros. A excepción de una opinión⁸⁵, el signo sería un objeto del orden natural, con una continuidad sin interrupciones en sus propiedades.

⁸⁵Galimberti, Humberto, *Diccionario de Psicología*, ed. Siglo XXI, México, 2002.

| <i>MEDICINA</i> | <i>PSIQUIATRÍA</i> |
|--|--|
| Señal, indicio, prueba, evidencia, hallazgo, carácter, dato, elemento. | Manifestación, hallazgo, dato, elemento, hecho, señal. |
| Objetivo | Objetivo |
| Lo observado | Lo observado |
| Observación del médico | Observación de otro |
| Prueba visible | Lo visto – generalizable |
| Verdadero | Hecho simbolizado |
| Lo percibido en una evaluación | Símbolos dirigidos a otro |
| Lo nombrado | Hallazgo |
| Físico – mental | Físico - mental |

2. Síntoma.

El síntoma sería la primera evidencia de un fenómeno anormal, la primera apariencia de alguna trasgresión normativa. En los dos campos la definición por la condición de desvió o error, ya sea esta norma biológica (un valor físico-químico desviado del cuerpo) o social (una conducta desviada).

Las caracterizaciones dadas suponen una coincidencia en las apreciaciones: cambio, desviación, complicación, desarreglo, accidente, manifestación, evidencia, alteración, señal, indicación, queja, conflicto, señal, indicio. El síntoma aparecería definido como lo cercano a la sensación, al fenómeno, a la señal, y lejano al saber, al significado y al dato objetivo.

El síntoma es aquello percibido por el paciente, o más exactamente, lo sentido por él, ya que se trataría no de una percepción de un objeto externo sino de una sensación interna en el propio cuerpo.

“Sensación: sentimiento, impresión o conocimiento de un estado o situación corpóreo debido a la estimulación del impulso nervioso a lo largo de la fibra aferente al cerebro”⁸⁶

⁸⁶ AA. VV., *Diccionario Mosby de medicina y ciencias de la Salud (tomo II)*, ed. Mosby-Doyma, Madrid, 1995, pág. 983.

Esta definición da cuenta de lo coincidente de las apreciaciones que aúnan dolor, malestar y conducta. El síntoma trasmite un contenido subjetivo y es la manifestación de un fenómeno sentido sólo por el paciente, opuesto diametralmente al signo, que es el producto de una observación objetiva realizada por otro. Es lo expresado en el relato o las acciones del paciente, aquello que permanece como una experiencia singular. La subjetividad del paciente para los dos ordenes queda acotado al espacio delimitado por el síntoma.

Los resultados objetivos y positivos de la inferencia capturarían totalmente en el signo el fenómeno sensitivo del síntoma. La comprensión del profesional operaría en este paso de un orden a otro, no se registrándose una pérdida significativa de información en el procedimiento. Es posible captar por medio del signo todo el fenómeno sintomático que es la primera evidencia de la causa.

Se opera una discriminación para separar todos aquellos síntomas que no sean significativos para el diagnóstico, o pudiesen directamente significarse. Es necesario que el criterio del profesional reconozca: su repetición en el transcurso del tiempo siendo un mismo estado mórbido, que no sean simulados, que estén dentro de lo normativizable, que sean conscientes y que puedan relacionarse entre sí. El síntoma es una manifestación aislada, un hecho desconectado de su contexto, y sobre estas condiciones debe operarse.

Para la medicina son los enunciados que se toman en consideración para orientar la exploración del profesional. Los síntomas son manifestaciones muy variadas, pero fundamentalmente se observa y se determina aquello que expresa en el cuerpo biológico. Este entendido desde sus tres niveles de composición: tejidos, órganos y sistema. La acción psiquiátrica se centra en los síntomas conductuales, aquellas acciones capaces de sentido, que tienen un propósito, y son expresables en símbolos verbales o extraverbales.

El síntoma se presentaría como un fenómeno carente de sentido, y que debe ser significado para ser transformado en un signo. Aquello que demanda ser examinado e interpretado por el observador. Un aparente padecer del paciente que permanece inobservable en sus causas, oculto, y capaz de ser inferido por los datos empíricos que provee la observación. La estadística aparece como una herramienta fundamental en los dos campos para establecer leyes generales de los datos empíricos.

En el síntoma hay una continuidad sin interrupciones entre lo físico y lo mental, siendo tomados bajo un mismo criterio de análisis e intervención. La psiquiatría ubica al síntoma como aquello que tiene un origen en lo somático, pero por otro lado, este origen es

difícil de determinar puntualmente en una condición mórbida, no hay un síntoma patognomónico, por lo que todas las manifestaciones son inespecíficas. La agrupación de los síntomas en cuadros sindrómicos se basa en la frecuencia de su presentación y su coexistencia para un mismo momento, y no en una ubicación orgánica específica, como si ocurre en la mayoría de los síntomas descriptos por la medicina.

| <i>MEDICINA</i> | <i>PSIQUIATRÍA</i> |
|--|---|
| Cambio, desviación, complicación, desarreglo accidente, manifestación | Evidencia, alteración, manifestación, señal, indicación, queja, cambio, conflicto. |
| Lo sentido | Lo sentido |
| Indicación del paciente | Relato del paciente |
| Subjetivo | Subjetivo |
| Sensaciones subjetivas | Lo relatado – singular |
| Simulado o ficcionado | Hecho aislado |
| Fenómeno | Apariencia |
| Lo enunciado | Conducta |
| Físico-mental | Físico-mental |

3. Síndrome.

El síndrome es el agrupamiento de signos y síntomas, instancia superior que sintetiza las definiciones anteriores. Es la composición de síntomas, o de signos y síntomas, que se dispone a modo de: conjunto, serie, asociación, agrupamiento, combinación, constelación, complejo, grupo, cuadro. En los dos campos se utiliza mas de un modo composición y estos parecen presentarse como sinónimos. Prevalecen las formas: complejo, conjunto y grupo.

*“Complejo: grupo de elementos que están relacionados por su estructura o función. En psicología grupo de ideas asociadas con fuertes contenidos emocionales que afectan a la actitud de las personas. En medicina grupo de síntomas objetivos y subjetivos que caracterizan una forma mórbida con una variada etiopatogénesis.”*⁸⁷

⁸⁷ AA. VV., *Diccionario Mosby de medicina y ciencias de la Salud (tomo II)*, ed. Mosby-Doyma, Madrid, 1995, pág. 248.

El concepto complejo o grupo equivale a un sistema de relaciones internas que se convierte en un todo cerrado, autónomo, cuyos componentes se enlazan por leyes o principios específicos. La noción de grupo o complejo puede referirse a muy diversos modos de enlazar realidades: clases naturales, estructuras, funcionales, secuencias causales, secuencias significativas, etc.

Para considerar un estado como sindrómico, este debe tener una frecuencia suficiente y ser simultánea la presentación de signos y síntomas; además de presentarse a la vista del profesional como un todo, como una uniformidad razonable. Se mantiene en el conjunto los criterios de visibilidad y racionalidad del signo. La condición temporal, caer juntos y repetirse, es lo que sustenta las agrupaciones sindrómicas ante la imposibilidad de relacionar los síntomas y signos según una causa conocida, como si sucede en una enfermedad.

En la racionalidad de las agrupaciones se mantiene los criterios de observación consciente y objetiva. La estadística es la herramienta que permite validar los cuadros definidos, es la metodología que sustituye aquello que se supone visible pero no puede ser observado directamente aún. Puede inferirse si se repite en muchos casos, aunque no pueda verse claramente en el caso por caso.

Las discrepancias en las opiniones se suceden respecto de la etiología del síndrome. En medicina están los que consideran que se trata de patologías con una causa única y bien determinadas en su origen. Otros se pronuncian respecto al síndrome como aquello que tiene varias causas enunciadas, pero sin determinar una como suficiente y única. Y por último, están quienes reservan el término para aquellas enfermedades sin causa determinada, las que en algunos casos permanecen aún desconocidas o las que directamente se consideran que no tienen causa.

En psiquiatría la mayoría de las opiniones se establece una clara distinción entre enfermedad y síndrome, caracterizando a esta última como aquella entidad que aún no tiene una causa definida, ni una etiogénesis específica. La gran mayoría de las anomalías psiquiátricas conocidas son definidas como síndromes.

Para ambos campos la definición de un cuadro sindrómico en un paciente es lo que guiara el tratamiento, en tanto, que permite suponer una anamnesis, establecer un diagnóstico y proporcionar un pronóstico de su condición. Se puede precisar con él un conocimiento del pasado, presente y futuro de la situación que el paciente trae.

| <i>MEDICINA</i> | <i>PSIQUIATRÍA</i> |
|--|---|
| Conjunto, cuadro dinámico, serie, grupo, complejo, asociación, combinación | Conjunto, cuadro, complejo, constelación, agrupamiento, combinación |
| Uniformidad razonable. Combinatorio y Temporal. | Orden clasificador y temporal. |
| Lo racionalizado | Lo racionalizado |
| Relación entre los elementos | Hecho en su contexto |
| Compresión del médico | Compresión del psiquiatra |
| Discrepancias en la causa | Discrepancias en la causa |
| Diagnóstico – pronóstico –anamnesis | Diagnóstico – pronóstico –anamnesis |

La noción de síntoma en la Obra Freudiana.

La noción de síntoma en Sigmund Freud puede encontrarse desarrollada ya desde sus más tempranos escritos y se mantiene como una preocupación conceptual hasta los últimos. La intención de este ensayo es seguir el recorrido dentro de su obra, considerando sus muchas articulaciones y sus constantes reformulaciones. De esto resulta la imposibilidad de encontrar una única definición, por lo que la propuesta transita fundamentalmente la senda de sus anudaciones teóricas y clínicas. El síntoma, a mi consideración, es un pilar clave de la clínica psicoanalítica cuya condición no es acotada ni transparente, siendo su estructura la de un mecanismo no sintetizable ni nomenclable.

El síntoma se presentaría en la escucha como la emergencia de una conflictividad psíquica de origen sexual, también como una representación de compromiso entre lo inconciliable de lo reprimido y la vida conciente. Apoyarse en estas primeras postulaciones le permitió a Freud diferenciar su pensamiento de la psicología y la medicina de su época, y particularmente, de sus antecesores Charcot, Janet y Breuer.

1. Primeras Formulaciones.

La primera referencia aparece en un artículo de 1888⁸⁸ a propósito de una hipótesis de Janet y su demostración etiológica de las parálisis motrices en la histeria. Según esta lectura el padecimiento histérico componía una anatomía que no se adecuaba a la conformación del sistema nervioso, sino que este quedaba delimitado según una concepción vulgar del cuerpo.

En las parálisis histéricas una representación lingüística determinaba que parte del cuerpo afectado quedaba imposibilitado de entrar en asociación con las demás ideas que constituían el yo. La lesión abolía la accesibilidad asociativa de una representación del cuerpo, persistiendo dicho valor afectivo concomitante fuera de la conciencia. Para acceder a la cura se utilizaba como método terapéutico la hipnosis, que restablecía bajo su influjo los lazos asociativos de la

⁸⁸ Freud, Sigmund, *Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas (1888)*, *Obras completas (tomo I)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002.

representación abolida con el núcleo asociativo perteneciente al yo. Esta técnica procuraba allanar el camino en la disminución de tal tensión que era percibida por la paciente como dolor.

Posteriormente, el vienes publica los primeros trabajos en colaboración con Breuer⁸⁹. Allí sostiene que los fundamentos de los síntomas histéricos tienen su génesis en el ámbito de la vida psíquica. También descubre que el uso de la palabra con el paciente se ofrecía como puente terapéutico entre el fenómeno mórbido y el hecho traumático que le dio origen. Entre el síntoma histérico y un trauma psíquico anterior, que oficiaba de causa, existían lazos simbólicos dados por el propio relato del paciente.

Antes de introducir la noción de defensa, el síntoma como expresión psíquica quedaba enmarcado como la tramitación o la reacción frente a un hecho traumático. La hipnosis, heredada de su formación charcotiana, era la herramienta clínica privilegiada por esos momentos. Por medio de ella se escuchaba como los pacientes explicitaban recuerdos vividos en su infancia que revestían connotaciones sexuales. Tales recuerdos no accesibles al pensamiento consciente podían devenir en patógenos al asociarse con algún acontecimiento angustiante de su vida actual. El histérico padecía de traumas psíquicos reprimidos, que permanecían fuera del resto de su vida psíquica, por la acción del estado hipnoide momentáneamente se daba trámite asociativo al trauma infantil y al síntoma actual.

El histérico padecía según Freud de traumas psíquicos incompletamente abreaccionados. La abreacción era el fenómeno en donde el recuerdo era despojado de su correspondiente afecto, sucumbiendo al olvido en la conciencia, y quedando libre este afecto para ser anexado a otra representación consciente. Este término de los primeros escritos explicita lo que luego bien podría ser posteriormente el mecanismo de la represión.

En *Estudios sobre la Histeria*, escrito junto a Breuer, encontramos a un Freud esencialmente neurólogo⁹⁰, continuador de la escuela de Helmholtz, cuya teoría establecía que todos los fenómenos naturales son explicables en última instancia en función de fuerzas físicas y químicas. Posiciones que abandonará a partir de 1895, luego de su frustrado intento de

⁸⁹ Freud, Sigmund, *Estudios sobre la histeria (1893-5)*, *Obras completas (tomo II)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1993.

⁹⁰ El campo de las enfermedades mentales en el siglo XIX estaba bien delimitado según su presunción etiológica, los neurólogos tenían como objeto las neurosis e investigaban la causa orgánica de la enfermedad como derivada de los nervios. Los psiquiatras, cuyo objeto eran las psicosis, suponían para la enfermedad una causación psíquica a partir de un desorden de carácter moral, tal como fuera establecido desde un principio por la clínica Pineliana. La psicopatología del siglo XX invertirá esta hipótesis.

escribir una teoría que explicase todos los sucesos psíquicos en términos exclusivamente neurológicos⁹¹. La explicación de una causa psicológica para la neurosis constituyó un principio de diferenciación con Breuer. La principal divergencia entre ambos se refería al papel cumplido por las pulsiones sexuales en la causación de la histeria. La etiología sexual de la enfermedad era la condición excluyente en los mecanismos de producción de síntomas según Freud.

*“Un lector atento podrá hallar ya en el presente libro los gérmenes de todos los posteriores agregados a la doctrina de la catarsis: por ejemplo, el papel de los factores psicosexuales y del infantilismo, la significación de los sueños y del simbolismo del inconsciente. Por añadidura, quien se interese por el desarrollo de la catarsis hacia el psicoanálisis no podría aconsejarle nada mejor que empiece con los Estudios sobre la Histeria y así transite por el camino que yo mismo he dejado atrás.”*⁹²

El encuentro con un trauma de carácter sexual entrañará la idea de defensa, posición freudiana que no será abandonada, y lo conducirá a rechazar la hipótesis breueriana de los estados hipnoides.

Es importante ubicar el aporte novedoso que hicieron estos Estudios, rebatiendo la idea de un origen orgánico en la causación de la histeria, cuyo término devenía antiguamente del griego *hysteron* (útero), como una enfermedad naturalmente femenina. Pocos años después esto permitirá la descripción de los primeros casos de histeria masculina, contrariando las opiniones científicas más hegemónicas de la época.

Con la explicación de los mecanismos de formación de los síntomas eran introducidos dos factores etiológicos: uno dinámico, la sobreexcitación de un lugar del cuerpo histérico que era sobreinvestido de afecto, y un factor económico, el síntoma era el resultado de una transposición, vía conversión, de un volumen de energía no empleado de otro modo. Freud vislumbra como el juego de fuerzas que suponen la tensión y la descarga en lo psíquico introducen un *conflicto* de condición sexual derivado de vivencias sexuales anteriores. Estas observaciones lo librarán de aquellos atolladeros que significaban los modelos psicofisiológicos como única explicación de las enfermedades psíquicas. La histeria quedaba definida así como una enfermedad ligada a la sexualidad para cuya cura era necesaria una acción catártica,

⁹¹ Freud, Sigmund, *Proyecto de una psicología para Neurólogos* (1895), *Obras completas (tomo I)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002.

⁹² Freud, Sigmund, *Estudios sobre la histeria* (1893-5), *Obras completas (tomo II)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002. pág. 25.

entendida esta como descarga de tensión. El terapeuta debía explicitar en su acción terapéutica las conexiones asociativas de los síntomas actuales con el hecho traumático originario.

2. El Síntoma como formación defensiva.

El concepto de defensa esta en el núcleo de la teoría de las neurosis, llamándose defensa a la acción realizada por el yo ante determinados estímulos interiores que percibe como peligrosos. El principal mecanismo de defensa es la represión, siendo esta constitutiva de la instancia inconsciente y de toda la sintomatología neurótica.

Cualquiera de las modalidades del proceso defensivo presenta dos polos de conflicto que son siempre los mismos: el yo y la pulsión. El síntoma es la solución de compromiso generada por el mecanismo de defensa iniciado por el yo frente a una representación inconciliable, de carácter sexual. La acción acontece mediante el divorcio entre la representación y su afecto pulsional, para luego este ser religado a otra representación nimia. La clave del mecanismo de defensa esta en la *separación*, consistente en convertir una representación sexual intensa en débil, arrancarle el afecto, la suma de excitación que sobre ella se establece es desviada en otra dirección a modo de un *falso enlace*.

La *doctrina de la represión*, junto con la *doctrina del desplazamiento libidinal de las investiduras*, se convertirán a partir de 1915 en el pilar fundamental para el entendimiento de las neurosis, la meta no será la abreacción (catarsis) del afecto atascado en vías falsas, sino el descubrimiento de las represiones.

La defensa histérica volverá inofensiva la representación inconciliable, por medio de la conversión en lo corporal. La neurosis obsesiva desviará el monto de afecto de una representación inconciliable a otra que no lo es, en virtud de este falso enlace se transformarán en representaciones compulsivas. La defensa fóbica trasladará la carga de la representación sexual intolerable a un objeto del mundo exterior.

En la psicosis este mecanismo es de carácter totalmente diferente, se operaría un rechazo (*verwerfung*) sobre el afecto junto con la representación. Mientras que en la histeria, obsesiones y fobia, el síntoma como solución de compromiso mantiene la tensión conflictiva que le dio origen. En la psicosis el conflicto no dejaría ninguna marca, al ser rechazado tanto la

representación como el afecto. No hay investidura desplazada, sino que se realiza alucinatoriamente una representación transformada en la idea central de un delirio.

Freud nombra dos tipos de representaciones: insoportables e inconciliables. Las primeras serían propias del fenómeno psicótico, que son sometidas a un rechazo, ante lo cual el sujeto se comportaría como si estas nunca hubieran existido. Pareciera que el episodio penoso que la suscito, no hubiera alcanzado un soporte posible en lo simbólico, es lo que Lacan llamará una imposición de lo real en la alucinación al estar forcluído (nunca inscripto) un significante que pudiera dar soporte a ese encuentro con lo sexual.

“...el yo se arranca de la representación insoportable, pero esta se entrama de manera inseparable con un fragmento de realidad objetiva, y al desligarse de ella, el yo se desliga también, total o parcialmente, de la realidad objetiva.”⁹³

En cambio la representación inconciliable, amenazante para el yo del neurótico, permanecería aislada por la represión expresándose en las vías sustitutivas que el síntoma le brindaría. Esta se caracterizaría por la propiedad de ser: inconciliable o incompatible, intolerable e insoluble. Lo primero connotaría la imposibilidad de asociación de estas representaciones, el segundo mostraría su condición de opuestas a toda moral superyoica que movilizaría la represión, y el último, supondría una referencia al problema económico en el que la representación acumularía de forma excesiva una carga psíquica.

Podemos expresar, si forzamos la idea freudiana, que lo rechazado, lo insoportable, no constituye una realidad. Toda definición de una realidad en Freud es una realidad psíquica, un universo de las representaciones producto de articulaciones simbólicas e imaginarias, que tratan de representar una experiencia perceptiva de lo real. La alucinación psicótica se presentaría como una *reacción* ante lo insoportable, en cambio, el síntoma sería una *formación defensiva* ante lo intolerable que supondría para el yo la aparición de una representación sexual.

La separación entre una representación y el monto de afecto, que los mecanismos de defensa luego adosan a otra representación, del propio cuerpo, del mundo exterior o una idea, fueron posible gracias a que ha operado la *castración*. En el manuscrito K, se define la angustia como esa cantidad de tensión libidinal que proviene de la vida sexual, que se liga y separa de las representaciones por efecto de la castración. Esta doble operación de ligado y desligado

⁹³ Freud, Sigmund, *Las neuropsicosis de defensa (1894)*, *Obras completas (tomo I)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002. pág. 60

supondría el desprendimiento de ciertos montos de angustia. Con la articulación del complejo de castración como ordenador del aparato psíquico, se puede establecer los distintos destinos de la angustia en cada neurosis. La castración es el motor de la defensa, en tanto que es la instancia generadora de los síntomas histéricos, fóbicos u obsesivos.

La operación sintomática tramita la angustia haciendo de este afecto: un sentimiento de culpa en la neurosis obsesiva, un dolor en la conversión histérica o un miedo expectante ante el objeto fóbico.

Con el trabajo sobre las psiconeurosis de defensa Freud va dando forma a una nueva técnica. Esta reemplazaría a la hipnosis para acceder a esas representaciones reprimidas que constituyen un segundo grupo psíquico. Recurriendo a la técnica de la presión sobre la frente y a la interrogación directa del origen traumático de la enfermedad se revelaba la presencia de un nuevo obstáculo, la resistencia. Se interpretaba como una resistencia a todos aquellos actos y palabras que suponían una fuerza contraria al devenir consciente de las representaciones patógenas.

Desde un principio se consideró la interpretación de las resistencias como un fin de la técnica psicoanalítica⁹⁴. A la transferencia se la consideró en parte como una resistencia, en la medida que reemplazaba el recuerdo verbalizado por la repetición actuada. Con el advenimiento de la segunda tópica freudiana se pone el acento en el *análisis de las defensas* que serían lo propio del material reprimido y que diferirían de las *resistencias del yo*.

Este cambio se debió fundamentalmente a la decreciente eficacia de las interpretaciones psicoanalíticas entre los años 1910 y 1920, años en los que se hizo masivo el saber psicoanalítico. Estas interpretaciones de las resistencias apuntaban a dar un nuevo sentido al material que el paciente traía, con el reemplazo de las elucubraciones neuróticas por las teorías del saber psicoanalítico, las cuales vencerían las resistencias del paciente, dilucidando sus deseos inconscientes. La primera generación de analistas empezó a basar sus interpretaciones en simbolismos, con lo cual se había vuelto a una forma de interpretación prepsicoanalítica, donde cada palabra del paciente era traducida según un saber único y codificado. Esto produjo lo que Lacan definió como “un cierre del inconsciente”, de aquello que los propios analistas habían abierto. Para superar este retroceso de la técnica fue necesario distinguir los mecanismos de defensa de las resistencias del yo.

⁹⁴ Esta vía de análisis de las resistencias va a ser seguida por toda la corriente kleniana y fundamentalmente por la psicología del yo de Anna Freud, donde las resistencias no se diferencian del análisis de las defensas permanentes del yo.

“El inconsciente, es decir, lo reprimido, no opone ningún tipo de resistencia a los esfuerzos de la cura; de hecho, solo tiende a vencer la presión que actúa sobre él y abrirse camino hacia la conciencia o hacia la descarga mediante la acción real. La resistencia durante la cura proviene de los mismos estratos y sistemas superiores de la vida psíquica que en su tiempo produjeron la represión.”⁹⁵

Una primera distinción entre defensa y resistencia se establece con la forma longitudinal o radial de la resistencia. La primera se produciría en el discurso del paciente como obstáculo a la cadena asociativa del proceso analítico, producto de los límites morales que el propio yo establece (vergüenza, pudor, asco, etc.). La resistencia radial estaría dada por las propias condiciones del material patológico cuando el paciente avanza hacia la apertura de estratos más internos. El material inconsciente insiste en su deformación ocurrida a causa de los procesos primarios del inconsciente, evidenciando sus lagunas, olvidos, sinsentidos. Insiste en su búsqueda de satisfacción bajo el primado del principio del placer, más allá de la voluntad del sujeto. La resistencia radial instauraría la transferencia con el analista como un síntoma neoproducido, que soportaría el falso enlace originado en el proceso de defensa y sustituirá el estado neurótico por una neurosis de transferencia.

Lacan va a apoyarse en la distinción entre defensa y resistencia para debatir con las escuelas posfreudianas. Las resistencias serían respuestas imaginarias a las intrusiones de lo simbólico, producidas desde el yo y de carácter transitorio, en cambio las defensas, serían las estructuraciones simbólicas inconscientes más permanentes de la subjetividad. La fuente de las resistencias estarían en el yo, por lo que, el “fortalecer el yo” como proponían las corrientes posfreudianas para la cura no hacía más que aumentar las resistencias. Las defensas se articularían ante lo invasivo del goce del Otro, de este lado lo reprimido se anuda y solo insiste en volver a la vida conciente del sujeto.

3. Sobredeterminación y Retroacción.

⁹⁵ Laplanche, Jean, y Pontalis, Jean- Bertrand, *Diccionario de Psicoanálisis*, ed. Labor, Barcelona, 1993, pág. 385.

En el discurso del paciente una vez determinado el núcleo patógeno sintomático, la indagación clínica se encuentra con una gran proliferación del material, el cual es preciso ordenar según un triple nivel:

“Primero: un ordenamiento lineal cronológico que tiene lugar dentro de cada tema singular.

Segundo: estos temas están estratificados de manera concéntrica en torno al núcleo patógeno.

Tercero: el ordenamiento según el contenido de pensamiento inconsciente del paciente. “⁹⁶

Este tercer ordenamiento es el que le da el carácter fundamental al síntoma, ya que siguiendo los hilos lógicos de un discurso, nos encontramos con la pluralidad de sus factores determinantes. Estos hilos parten de relatos singulares y cronológicos que tratan de dar cuenta del núcleo patógeno. En este intento de explicación que nos propone el paciente aparecería este “tercer nivel”, las marcas de pensamientos inconscientes que multiplican las supuestas causalidades que el paciente explicita.

El síntoma se presentaría en su explicitación discursiva como el resultado de varias causas, dándose la circunstancia de que una o varias causas no aparecerían como suficientes para determinarlo. A este fenómeno se lo denomina sobredeterminación y se demostraría tanto por el defecto, al faltar una causa última del síntoma, como en el exceso, al proliferar en ese punto distintas vías asociativas.

Múltiples elementos inconscientes pueden organizarse en secuencias significativas diferentes, cada una de las cuales, a un cierto nivel de interpretación, posee su propia coherencia. Freud en "Inhibición, síntoma y Angustia", se pregunta si un hecho arquetípico puede constituir por sí solo el fundamento mismo de la neurosis. Indagación que lo lleva a concluir que el psicoanálisis dejará siempre insatisfecha esa necesidad de hallar una causa última, unitaria y aprensible de la condición neurótica.

Se habla del núcleo traumático, pero bajo la condición de que el núcleo no pueda ser dicho. No habría un término único y definitivo que pueda significar el síntoma. Esta condición nos instalará en un conjunto de relatos formadores de lo que podríamos definir como un orden ficcional discursivo. La tarea del analista se establecería en la recomposición de esta organización ficcional productora de significaciones que no cesa de no inscribirse. La estructuración propia del síntoma indica la forma paradójal de la sobredeterminación, en tanto

⁹⁶ Cosentino, Juan, *Lo real en Freud: sueño, síntoma, transferencia*, ed. Manantial, Buenos Aires, 1992, pág. 40.

que señala la insistencia de lo indeterminado del trauma, al mismo tiempo que es el seno de todas las determinaciones en su repetición.

La sobredeterminación no supone un número ilimitado de interpretaciones, las asociaciones entre una representación y otra representación pueden ser múltiples e indeterminables a priori, pero tampoco son casuales e independientes unas de otras, a posteriori de “lo dicho”. La estructuración de un síntoma nos muestra que las diferentes cadenas asociativas, producidas en diferentes acontecimientos azarosos, determinaran en su inscripción más de un punto nodal.

“Existen en el material del sueño representaciones transaccionales que son efecto de dos deseos opuestos, surgidos de dos sistemas psíquicos diferentes, pero que vienen a realizarse en una misma expresión.”⁹⁷

Freud compara las representaciones del sueño con ciertas palabras del lenguaje usual, que comportarían diferentes sentidos, muchas veces antitéticos, dependiendo de las cadenas de asociaciones en las que estén anudadas. Lacan se vale de esta propuesta para articular la noción de síntoma a la de significante. Del mismo modo que un síntoma estaría estructurado en el inconsciente, un significante estaría estructurado en una lengua. Un significante esta articulado a otros según las reglas de la metáfora y la metonimia, como en Freud según las leyes de la condensación y el desplazamiento. En tal sentido, un síntoma significativo no podría representarse como un signo unívoco ni conteniendo un único sentido.

La sobredeterminación solo es pensable si se la considera como un efecto de la temporalidad retroactiva de las formaciones del inconsciente. Desde un primer momento Freud puso en claro que ningún síntoma puede surgir de una única vivencia real, sino que dependería de vivencias anteriores que lo despertarían, por vía asociativa. La experiencia actual cooperaría en la causación de un síntoma predispuesto por un hecho anterior. La causa traumática, es retroactiva. La vivencia actual como un segundo momento reinterpreta al primero como traumático, lo reescribe como una interpretación.

La historia no es el pasado. La historia es el pasado en cuanto esta historizado en el presente. Freud demuestra claramente que no importa la formación síntoma de la que se parta, infaliblemente se termina por llegar al ámbito de una vivencia sexual infantil anterior, halla

⁹⁷ Freud, Sigmund, *La Interpretación de los Sueños (1900)*, *Obras completas (tomo V)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002. pág. 82

existido empíricamente esta escena o no⁹⁸. Esta es la condición etiológica de todos los síntomas.

La retroacción que opera en el segundo momento sobre el primero, instituye una pérdida en ese acto de resignificación. Si en ese primer momento hubiera existido un individuo plenamente consciente, sería innecesario un segundo momento. El primero resignificado se transforma en un tercer momento, donde no importa ya el hecho empírico, sino la huella de su inscripción.

El primer momento es un puro potencial, que se liga a un segundo momento que lo define como traumático, esta condición es tal, por la imposibilidad de que una inscripción lo alcance plenamente. Este es el núcleo de la repetición y su relación con lo traumático, se repite algo que se sustrae a la significación desde el principio. El síntoma, como tercer momento, sustituye al trauma en esa repetición, tratando de ocultar lo que en el trauma se revela: la falta de un sentido último en el origen.

El segundo momento es la construcción de una fantasía, como la articulación necesaria entre las impresiones sexuales infantiles y los síntomas. Esto es retomado en la conferencia 23 del siguiente modo:

“Ante las casos de frustración la libido vuelve a ocupar, por regresión, posiciones préríticas que abandonó en su marcha progresiva, aunque dejando en ellas determinadas adherencias... Si la libido halla sin dificultad el camino que ha de conducir a tales puntos de fijación es porque no ha llegado a abandonar totalmente aquellos objetos y orientaciones, o sus derivados, persisten todavía con cierta intensidad en las representaciones de la fantasía, y de este modo bastará con que la libido entre de nuevo en contacto con tales representaciones fantasmáticas para que, desde luego, halle el camino que ha de conducirla a todas las fijaciones reprimidas.

*La regresión de la libido a la fantasía constituye una etapa intermedia en el camino que conduce a la formación de síntomas”.*⁹⁹

La retroacción nos permite comprender la definición del síntoma neurótico como un retorno a un estadio pregenital: la histeria a uno oral y la neurosis obsesiva a uno sádico anal. Las fases pregenitales no solo deberían ser consideradas como hechos cronológicamente

⁹⁸ Cuestión zanjada con el abandono de la teoría de la seducción para explicar la etiología de los síntomas histéricos, en la que se consideraba la existencia causal de una escena traumática como un hecho real sucedido.

⁹⁹ Freud, Sigmund, *Conferencias de introducción al psicoanálisis, 23ª conferencia: Los caminos de la formación de síntomas (1916)*, Obras completas (tomo XVI), ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002. pág. 332.

anteriores a la fase genital, sino también, como satisfacciones sustitutivas que según un tiempo lógico son rescritas en la actualidad del síntoma.

La construcción de una fantasía le ha permitido al sujeto sustentar su satisfacción pulsional actual a partir de aquellas marcas pregenitales. Un fracaso pulsional actual haría que un sujeto se retrotraiga por medio del síntoma a una experiencia anterior, en la que puedo satisfacer la demanda de un Otro primordial que recaía sobre un objeto pregenital específico.

4. Formación del Inconsciente.

Con el texto “La sexualidad en la etiología de la neurosis” cierra Freud lo que podríamos llamar un primer periodo de su producción, allí mismo, preanuncia la elaboración de “La interpretación de los Sueños”, el primer libro de la nueva ciencia psicoanalítica. En este texto identificará los mecanismos del sueño y de producción de síntomas como similares, siendo definidos ambos como formaciones del inconsciente.

El sueño sería la vía regia para el acceso al material inconsciente, sustancia compatible con toda construcción neurótica. El análisis de los sueños se transformará en una herramienta clave en el tratamiento de enfermos de neurosis. El trabajo sobre el pensamiento reprimido, que se expresa en el sueño, permitirá religar todo aquel material que se encuentra aislado y concentrado en los síntomas patológicos.

El cumplimiento del deseo en el sueño, ombligo de su formación, enmascara el deseo inconsciente. Éste es el núcleo mismo del cual los sujetos se defienden por medio de la formación de síntomas. Los deseos inconscientes permanecen siempre alertas, nada es pasado ni está olvidado, solo están a la espera de encontrar un camino transitable para expresarse en cuanto encuentren una cantidad de excitación de la que puedan servirse. A partir del 1900, el reconocimiento de toda nueva formación del inconsciente: lapsus, olvidos, chistes, negaciones o actos fallidos, va a cooperar en el tratamiento de los síntomas.

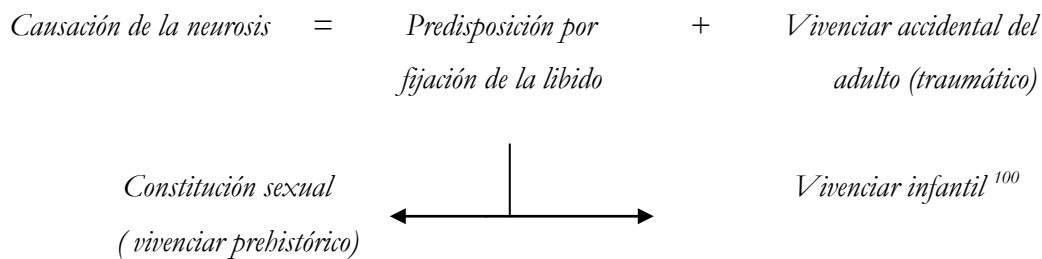
Desde sus primeros escritos hasta los últimos Freud describió una misma trayectoria para el desarrollo de la neurosis, abarcando cuatro tiempos que se pueden enunciar de esta manera:

- Una experiencia sexual prematura dotada de un exceso libidinal.

- La conformación de un síntoma defensivo primario (formaciones reactivas) a partir de un hecho posterior que despierta su recuerdo. Se genera un conflicto con aquella experiencia prematura al considerarla un episodio intolerable para el superyo. Se motoriza la represión y su resignificación como traumática.
- Un periodo de latencia, de salud aparente y defensa lograda, en el que el síntoma primario no produce efectos.
- Retorno de las representaciones reprimidas activadas por una demanda actual que entran en conflicto con el yo, conformando síntomas nuevos y la enfermedad propiamente dicha.

En su conferencia XXIII Introductoria al psicoanálisis se define la causación de la neurosis de la siguiente manera:

“La fijación de la libido del adulto, introducida por nosotros en la ecuación etiológica de la neurosis, a título de representante del factor constitucional, puede descomponerse ahora en dos factores: la disposición hereditaria y la predisposición adquirida en la primera infancia... Resumamos entonces el juego de las relaciones en un esquema:



La causación de la neurosis se presentaría como el encuentro de dos series temporales: un suceso sexual infantil que produjo prematuramente una intensa satisfacción y una predisposición hereditaria innata. Esta idea de innatismo biológico nunca termina de definirse claramente en Freud, fluctuando entre la idea de una transmisión congénita, u otra, dada por los relatos que formaron parte de la historia familiar transmitidos de generación en generación.

“Las disposiciones constitucionales son, con seguridad, la secuela que dejaron las vivencias de nuestros antepasados; también ellas se adquirieron una vez; sin tal adquisición no habría herencia alguna.”¹⁰¹

¹⁰⁰ Freud, Sigmund, *Conferencias de introducción al psicoanálisis, 23ª conferencia: Los caminos de la formación de síntomas (1916)*, Obras completas (tomo XVI), ed. Amorrotu, Buenos Aires, 2002. pág. 329.

¹⁰¹ Freud, Sigmund, *Conferencias de introducción al psicoanálisis, 23ª conferencia: Los caminos de la formación de síntomas (1916)*, Obras completas (tomo XVI), ed. Amorrotu, Buenos Aires, 2002. pág. 329.

Para dilucidar este punto habría que considerar el contexto de epistemológico de la época freudiana, fundamentada en el evolucionismo darwiniano. Una noción muy difundida por esos momentos es la de “degeneración hereditaria”, iniciada por el psiquiatra Morel. El sistema freudiano reemplaza este término por el de predisposición, introduciendo una variante dentro del determinismo innatista. Establece que la enfermedad psíquica solo se desencadenaría si tal predisposición se encontrase con un acontecimiento posterior concomitante. La predisposición latente podía ser portada por individuos sanos sin que hubiera ningún signo visible de enfermedad previo, diferente a la degeneración estado originario, permanente y definitivo.

Cuando hablamos de herencia. ¿De que materialidad estamos hablando? ¿Qué sustancia podría adquirirse, acumularse y transmitirse de uno a otro? Lacan hecha luz sobre esta pregunta reubicando la problemática en el campo de una herencia discursiva y su materialidad significativa. Volviendo al esquema, en el lugar de la predisposición leemos “*constitución sexual (sucesos prehistóricos)*”. Como lectura posible propondría la noción de un Otro originario como introductor de una significación sexual. Como el agente simbólico de una significación sexual en donde no la había, siendo sus palabras la repetición de sucesos preexistentes al sujeto. Palabras significantes que lo interpelan al niño y le demandan responder, en tanto se afilió afectivamente a ese Otro y a su historia.

La predisposición hereditaria sería aquella demanda del Otro que hubiera recaído sobre el sujeto. Esta se inscribió producto del desamparo originario del cachorro humano, de la inermidad con la que viene al mundo. El grito de un niño no sería solo una reacción instintiva, sino que desde un principio estaría inserto en una estructuración lingüística que significaría tal necesidad biológica. La necesidad es real, en tanto que si un niño no es alimentado morirá, pero las vicisitudes de su satisfacción dependerán de cómo el Otro es demandado por su propia historia para responderla. Este relevo lo tomará el propio infante en su adultez, haciendo su propio aporte generacional a esa repetición significativa.

“Ahora bien, conviene recordar que es en la más antigua demanda en donde se produce la identificación primaria, la que se opera por el poder absoluto materno, a saber, aquella que no sólo depende del aparato

significante para la satisfacción de la necesidad, sino que la fragmenta, la filtra, la modela en los desfiladeros de la estructura significativa”¹⁰²

“Por el intermedio de la demanda, todo el pasado se entreabre hasta el fondo de la primera infancia. Demandar: el sujeto no ha hecho nunca otra cosa, no ha podido vivir sino por eso, y tomamos el relevo.

Es por esa vía como puede realizarse la regresión analítica y como en efecto se presenta”.¹⁰³

Toda regresión en el trabajo analítico, no es más, que el retorno en el presente de aquellos significantes usuales de las demandas del pasado. Las regresiones a una etapa de la organización libidinal ponen de manifiesto la forma en que cada sujeto se defendió de las demandas del Otro. Si tomamos la regresión a una etapa sádico anal del neurótico obsesivo encontraremos todo un orden gozoso articulado a aquella demanda del Otro para el control de sus esfínteres. Un retorno a esa satisfacción en la retención¹⁰⁴ de las heces que lo ubicaban como el centro del reconocimiento del Otro. La regresión operaría como su respuesta neurótica que eclipsaría toda interrogación deseante actual. El intento de abolición de su deseo por medio de su constante trabajo para hacerse demandar por otro sería su modo de defensa más propio.

Hay una disyunción entre demanda y deseo que se sostiene con la conformación sintomática. La demanda tiene una estructura por la cual pido al Otro una respuesta a mi deseo, pero a condición de que no lo haga, pues lo que se demandaría es ser demandado. El Otro no puede decir el nombre de lo que deseo, porque lo que deseo se ubicaría más allá del campo de los significantes del Otro, en el lugar de su falla. La demanda no recaería entonces sobre un objeto en particular, sino sobre el propio sujeto, que buscaría en definitiva ser reconocido en el deseo del Otro.

El continuo desplazamiento de las demandas neuróticas actuaría taponando las aberturas de aquello que devine del inconsciente como expresión desfigurada del deseo. En la escena analítica estas se expresarían como un pedido de saber al analista, velando una corriente amorosa fijada en etapas infantiles. El vínculo transferencia se establecería como el relevo de frustraciones amorosas anteriores que tenderían a repetirse en la historia del sujeto. Freud en “Consejos al médico” recomienda a todos los practicantes del psicoanálisis no satisfacer la

¹⁰² Lacan, Jacques, *Escritos II. La dirección de la cura y los principios de su poder*, ed. Siglo XXI, Buenos Aires, 1987. pág. 598.

¹⁰³ Lacan, Jacques, *Escritos II. La dirección de la cura y los principios de su poder*, ed. Siglo XXI, Buenos Aires, 1987. pág. 597.

¹⁰⁴ Allí ubica Freud ciertos rasgos de personalidad de los neuróticos obsesivos en la adultez: tacañería, avaricia, pulcritud, orden.

demanda de sus pacientes. Tal prescripción presupone un límite ético a la práctica, pero también, saber de la imposibilidad estructural en satisfacer plenamente esas demandas de amor. En cuanto un analista responda a lo que él supone una demanda específica en su paciente promoverá la disolución de la relación transferencial desplazando al síntoma de su lugar de repetición de una frustración amorosa originaria.

Los síntomas neuróticos presentarían un enlace estrecho con la vida íntima de los enfermos, en la que se repetirían determinadas frustraciones sexuales heredadas. Volviendo a la conferencia XXIII, Freud nos presenta dos casos en donde toda la clave se juega en lo que él denominaba “problemas de alcoba”. La vida sexual adulta de los enfermos estaba íntimamente relacionada a la vida sexual de sus padres, relación articulada por medio de las fantasías originarias. La satisfacción gozosa del síntoma se apoyará en ese límite último e íntimo que representa la búsqueda de un saber sobre la sexualidad que se transmitió fallidamente de generación en generación.

La demanda del Otro que introduce la herencia discursiva, plantea la diferencia sexual como un problema a resolver por el niño. La sexuación del propio cuerpo y de sus relaciones se presentaría como una anticipación en la constitución subjetiva del niño. Se ve compelido a significar una práctica sobre su cuerpo que anteriormente le ha sido placentera sin disponer de los recursos simbólicos con los cuales hacerle frente. Se establece una fijación de la libido cuando esta práctica placentera se transforma, por la acción de un suceso azaroso que cristaliza la prohibición del incesto, en un hecho amenazante para el yo. Esta circunstancia hace necesario la acción de la represión, que venga en auxilio del niño, para sacarlo ese estado que es vivido angustiosamente.

Formalizado el núcleo de la represión sobreviene una etapa de latencia, hasta que el sujeto sea demandado nuevamente, en otra escena accidental, a tomar una posición sexual en su vida adulta. En estos sucesos hay una actualización de aquella herida originaria. Lo determinante del episodio traumático es la demanda sexual del Otro que recae sobre el sujeto, ya sea ese Otro parental en una primera instancia o un Otro, partenaire sexual, en la segunda.

5. Formación de Compromiso y Sustitutiva.

Hemos visto como la formación de los sueños y los mecanismos del síntoma establecen una misma dinámica: el conflicto entre una moción inconsciente reprimida que aspira a una satisfacción, y otra moción conciente perteneciente al yo que intenta mantenerla reprimida. El resultado de este conflicto es una formación de compromiso como expresión incompleta de estas dos tendencias. El síntoma sustituirá a las fuerzas reprimidas como una formación de compromiso entre las fuerzas represoras y las reprimidas. Es al mismo tiempo formación reactiva y resguardo contra las fuerzas reprimidas, anunciando constantemente lo endeble de su defensa y la posibilidad del retorno de aquello reprimido.

El síntoma como una solución de compromiso es una de las primeras ideas que aparecen en los textos freudianos. En este concepto se representa la tensión interna las mociones contrapuestas teniendo como función sustituir la satisfacción sexual que cayó bajo la prohibición. Expresa incompletamente el cumplimiento de un deseo en la puja entre la necesidad de satisfacción de la pulsión y la necesidad de castigo. En el síntoma histérico prevalecería la tendencia positiva que evidencia más el carácter de satisfacción sexual, y en la neurosis obsesiva, la tendencia negativa, como el carácter ascético y culposos que demanda la defensa.

La represión de la representación intolerable para el yo llegaría a ser más lograda en la histeria por medio de su conversión, aunque es más dificultoso el acceso a la misma por su tenaz exclusión del recuerdo. En la neurosis obsesiva y la fobia el camino sería más accesible al quedar evidenciado el fracaso de las defensas primarias, constituyéndose nuevas defensas secundarias del síntoma ante la constante exigencia de más represión.

El síntoma sería un símbolo mnémico sustitutivo en un doble sentido: económico, por cuanto aporta una satisfacción que reemplaza el deseo inconsciente, y simbólico, al ser sustituido el contenido inconsciente por otro según sus líneas asociativas. Es importante resaltar la adjetivación que hace Freud del término formación cuando lo refiere al síntoma. Es una formación transaccional o de compromiso, para indicar su condición de resultante de un conflicto entre mociones contrapuestas. Es una formación sustitutiva cuando se pone el acento en la satisfacción de un deseo inconsciente. Es una formación reactiva cuando lo que prevalece es el proceso defensivo en juego.

El material reprimido no tendría otra forma de ser reconocido más que por medio de su negación. Las formaciones de compromiso solo podían hacerse conscientes siendo negadas, permaneciendo a modo de aporías imposibilitadas de una síntesis positiva y lógica. En el

término de la lengua alemana *aufhebung* que se traduciría como: recoger, alzar, guardar, anular y abolir, se formularía el sentido antitético contenido en las representaciones sintomáticas.

“Éste es el resumen: no se encuentra en el análisis ningún “no” a partir del inconsciente, pero el reconocimiento del inconsciente del lado del yo muestra que el yo es siempre desconocimiento; incluso en el conocimiento se encuentra siempre del lado del yo una fórmula negativa, la marca de la posibilidad de tentar el inconsciente a la vez que se lo rehúsa”¹⁰⁵

Cada conflicto entre elementos opuestos se resolvería mediante una *aufhebung*, en la cual cada oposición generaría una nueva idea que simultáneamente anula, conserva y eleva esta oposición a un nivel más alto. Es así como un deseo reprimido, y su carga libidinal, encontrarían su expresión bajo la forma de una representación irreconocible pero aceptable a la vida consciente.

6. Satisfacción Sexual y Ganancia de la Enfermedad.

El síntoma es ante todo una satisfacción sexual, esto ubica a la sexualidad humana como centro de la preocupación freudiana para la resolución de los problemas neuróticos. Al punto de plantearse que los fenómenos patológicos son las prácticas sexuales de los enfermos. En “Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad” se establecen las formulas del síntoma histérico, y del neurótico en general, caracterizándolo de la siguiente manera:

- 1) como símbolo mnémico de experiencias traumáticas eficaces.
- 2) como una sustitución, por acción de la represión, en la que retorna la carga afectiva de estas experiencias traumáticas.
- 3) como la expresión de una realización de deseos.
- 4) como la realización de una fantasía inconsciente puesta al servicio del cumplimiento de esos mismos deseos.
- 5) como una satisfacción sexual que representa una parte de la vida sexual de la persona (correlativamente, uno de los componentes de su pulsión sexual).
- 6) como el retorno de una forma de satisfacción sexual realmente utilizada en la vida infantil y reprimida después.

¹⁰⁵ Lacan, Jacques, *Escritos II, Comentario de Jean Hyppolite sobre la Verneinung*, ed. Siglo XXI, Buenos Aires, 1992. pág. 866.

- 7) como transacción entre dos movimientos afectivos o pulsiones contrarias.
- 8) la representación sintomática puede originarse de distintos movimientos inconscientes asexuales, pero no puede carecer de una significación sexual.

Estos puntos que Freud de alguna manera resume podrían articularse al desarrollo que hemos realizado de los conceptos demanda y Otro primordial de la siguiente manera:

- 1) el síntoma sería el producto de la demanda del Otro primordial.
- 2) el síntoma sería una respuesta a tal demanda, por medio de una identificación con el saber fallido de este Otro.
- 3) la satisfacción del deseo tendería a realizar un mas allá de los límites que la demanda instituye.
- 4) la demanda se cristalizaría en una fantasía que articula la posición del sujeto respecto del Otro y un objeto pulsional.
- 5) la demanda determina el campo de lo que será sexualizado.
- 6) la anticipación de la demanda del Otro, deja una marca traumática en el niño al haber gozado de ella y después ser interdictada como incestuosa.
- 7) la demanda al permanecer frustrada, exige más represión y formaciones de compromiso concomitantes.
- 8) las representaciones son asexuales, pero una vez que son articuladas en la demanda, adquieren su significación sexual.

Todas las caracterizaciones confluyen en la condición de satisfacción sexual sustitutiva del síntoma. Como una elaboración psíquica que supondría una ganancia de la enfermedad originada ante la necesidad de una renuncia pulsional en la infancia del sujeto.

“...los hombres enferman de neurosis cuando ven denegada la posibilidad de satisfacer su libido, o sea por frustración, siendo los síntomas un sustituto de la satisfacción denegada”¹⁰⁶

La frustración de la pulsión se vivencia en las primeras relaciones del niño con su madre, como una exigencia de la prohibición del incesto. Freud observa que estas frustraciones

¹⁰⁶ Freud, Sigmund, *Conferencias de introducción al psicoanálisis, 22° conferencia: Algunas perspectivas sobre el desarrollo y la regresión. Etiología (1916)*, Obras completas (tomo XVI), ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002. pág. 311

causarían la neurosis, al mismo tiempo que motorizarían la cura. Los niveles de frustración determinaban la prosecución del trabajo analítico, si bajaban apresuradamente, también tendía a disminuir la motivación del paciente para continuar, si subían demasiado, se limitaba el despliegue del material psíquico. En “Observaciones sobre el amor de transferencia” recomienda a los analistas frustrar continuamente las demandas de amor de los pacientes, para permitir que el anhelo persista en ellos, y les sirva de empuje a trabajar y a realizar cambios en sus acciones. Parte de la técnica sería mantener las demandas del analizante en un estado de frustración, para hacer lugar a aquello que esta más allá de tales demandas, su deseo.

En la evitación de la frustración que propone el síntoma, Freud descubre una nueva propiedad del mismo:

*“9. Un síntoma histérico es la expresión de una fantasía sexual inconsciente masculina, por una parte, y femenina, por la otra”.*¹⁰⁷

En el análisis a sus pacientes verificaba que las significaciones sexuales, tanto masculinas como femeninas, les brindan una vía de escape a las asociaciones del analizante en cuanto este percibiese la angustia de castración. Estas dos líneas identificatorias contrarias funcionan como vías paralelas, a las cuales los sujetos acudían para mantener su resistencia. El neurótico se defendería, por medio de una aparente asexualidad fantaseada, de aquellos personajes que representasen las dos posiciones sexuales de su novela familiar.¹⁰⁸

La investigación sexual infantil y el apetito de saber introducen una división psíquica, que a posteriori, conduce al trauma de castración. El síntoma representaría el enigma de la diferencia de los sexos, que Freud caracteriza como el significado bisexual de los síntomas histéricos, propiedad que es extendida a todo síntoma neurótico. El síntoma metaforiza la castración, la falta de saber del Otro y del sujeto sobre la diferencia sexual que compondrá lo traumático. La reedición de esta herida en la escena transferencial llevará al sujeto a cotejarse con su división.

Freud señala hacia el fin de su obra, que la primacía del falo se debe a que es el representante de esta fuente de saber traumático, la significación fálica se erige allí, donde no se inscribe la diferencia de los sexos. No se trataría entonces de una bisexualidad sino de una

¹⁰⁷ Freud, Sigmund, *Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad (1909)*, Obras completas (tomo IX), ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002. pág. 146.

¹⁰⁸ Juanito: su padre y madre. Hombre de las ratas: su padre y la mujer a elegir. Dora: Sra. K y los dos hombre.

nulisexualidad. Lacan reemplaza la noción de bisexualidad por la de “no hay relación proporción sexual”. El síntoma, una significación fálica, acaecería como una *aufhebung* en este lugar de imposibilidad de una inscripción acabada de las posiciones sexuales.

Suponer en el sufrimiento de la enfermedad psíquica una forma de satisfacción es una idea revolucionaria que introduce el psicoanálisis. El sufrimiento del neurótico sería un estado que incluye al dolor, pero designa una forma más específica de tensión interna, aquella que supone estar a la espera de una resolución. En el sufrimiento se incluye al dolor como una condición de la espera, un tiempo que se sostiene en una promesa de cura, de salvación, de amor.

La idea de una ganancia en la situación de enfermedad deriva de las primeras impresiones freudianas. La constitución de una neurosis le permitiría a un sujeto encontrar un refugio para su desamparo originario (*hilflosigkeit*). La pérdida o separación del Otro que lo ha asistido implicaría un aumento de la tensión, que en algunos casos, ponen al sujeto en una situación de incapacidad para dominar tales excitaciones. El sentimiento de desamparo constituye el prototipo de situación traumática en donde el sujeto es desbordado por la angustia.

“Un gran número de individuos, situados ante conflictos cuya solución se le hacia demasiado difícil, se han refugiado en la enfermedad, alcanzando con ella ventajas innegables, aunque demasiado caras a la larga.”¹⁰⁹

La enfermedad neurótica presta buenos servicios en la lucha por la reafirmación de sí, retrayendo la libido de los objetos para devolverlos al yo que se encontraría amenazado. Hay una ganancia primaria de la enfermedad, pues el enfermarse ahorra una operación psíquica, se presenta como la solución económica más cómoda en caso de conflicto psíquico. Es un refugio mas accesible, aunque después se revele inequívocamente el carácter inadecuado de esta salida.

Freud define esta parte de la ganancia de la enfermedad como primaria, de condición interna, psicológica y constante. También define una ganancia secundaria, proporcionadas por factores exteriores, constituido por los

¹⁰⁹ Freud, Sigmund, *Las perspectivas futuras de la Terapia Psicoanalítica (1910)*, Obras completas (tomo XI), ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002. pág. 141.

privilegios que los otros disponen para aquel que enferma. Con el tiempo estos factores exteriores devienen en auxilio del afán del yo por incorporarse al síntoma, y reforzar la fijación de este, para consolidarlo como una inhibición.

7. Necesidad de castigo y reacción terapéutica negativa.

La ganancia de la enfermedad tiene su contrapartida en la satisfacción gozosa que supone el sentimiento de culpa y la necesidad de castigo. Esto representa un tipo particular de resistencia difícil de vencer que Freud denomina reacción terapéutica negativa. Esta era una observación surgida ante el progreso de ciertos análisis y la mejoría del estado de los pacientes, a los que proseguía un agravamiento de los síntomas. Un sentimiento de culpa hallaba su satisfacción en la enfermedad haciendo que el analizante no renunciara al castigo de padecer.

“La satisfacción de este sentimiento inconsciente de culpabilidad (constitutivo de la reacción terapéutica negativa) es quizá la posición mas fuerte de la ventaja de la enfermedad, o sea de la suma de energías que se rebela contra la curación y no quiere abandonar la enfermedad. Los padecimientos que la neurosis trae consigo constituyen precisamente el factor que da a esta enfermedad un alto valor para la tendencia masoquista.”¹¹⁰

Este sentimiento de culpabilidad inconsciente es inherente a ciertas estructuras que demuestran una fijación en posiciones masoquistas primarias, como el resultado de la identificación con una persona que había sido previamente objeto de una catexis erótica. La reacción terapéutica negativa también aludiría a las resistencias del superyo a la cura, imponiendo su hipermoralidad bajo la forma de una agresividad vuelta hacia el propio sujeto. En “El yo y el ello” se presenta un desarrollo detallado de los vasallajes que sobre la instancia yoica recaen desde el superyo, y las particularidades presentadas por cada patología.

La constitución del sentimiento de culpa y la necesidad de castigo se explicarían con la formación de la conciencia moral en el superyo. Esta instancia de la personalidad que Freud describe en la segunda tópica del aparato psíquico es comparable a la función de un juez o de un censor con respecto al yo, heredero del complejo de Edipo. Es producto de la

¹¹⁰ Freud, Sigmund, *El problema económico del Masoquismo*, (1924), *Obras completas (tomo IXX)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002. pág. 171.

interiorización de los ideales, exigencias y prohibiciones parentales. La renuncia a los deseos edípicos amorosos y hostiles se encuentran en el origen de la formación del superyo, el cual confluyen posteriores aportaciones de las exigencias sociales y culturales (educación, religión, moralidad).

“El superyo es para nosotros la representación de todas las restricciones morales, el abogado de toda aspiración a un perfeccionamiento; en suma: aquello que de lo que llamamos más elevado en la vida del hombre y que se nos ha hecho psicológicamente aprensible. Siendo en sí procedente de la influencia de los padres, los educadores, etc., el examen de estas fuentes nos ilustrará sobre su significación.

... De este modo, el superyo del niño no es constituido, en realidad, conforme al modelo de los padres mismos, sino al del superyo parental; recibe el mismo contenido, pasando a ser el substrato de la tradición de todas las valoraciones permanentes que por tal camino se han transmitido a través de las generaciones.”¹¹¹

La introyección de esta legalidad sería en (y por) la lengua, donde la palabra se funda en su valor simbólico: ley y lenguaje. El superyo es el discurso del Otro en tanto determinante de una legalidad paradójica: por un lado es formadora de ideales (ideales del yo) y habilitadora del deseo, y por otra parte, como un mandato insensato, ciego, de pura imperatividad y tiranía. La invocación violenta del superyo determinaría al síntoma neurótico es su paradójica condición de forma de castigo y expiación de la culpa al mismo tiempo.

El superyo ejerce una violenta coacción del caos pulsional proveniente del ello, el sentimiento de culpa devendría a la conciencia desexualizando y moralizando tales impulsos¹¹². El yo elige la vía del castigo y la desgracia que supone liberadores, antes que exponerse a la angustia del reconocimiento de la castración del Otro, aún cuando este ocupó una posición sádica en origen de la vida del sujeto. El reconocimiento del Otro es el primer movimiento que se articula como salida de lo traumático, el mal encuentro con la sexualidad, él introduce un primer sentido a aquello que no tiene posibilidad de significación, lo insoportable. El superyo protector provee las potencias del destino, preferibles en su alto costo, antes que un abandono que dejaría al yo sin defensas.

En “Análisis terminable e interminable” se articula la pulsión de muerte y la reacción terapéutica negativa, explicitando que los efectos de esta última no se podrían localizar

¹¹¹ Freud, Sigmund, *Nuevas lecciones introductorias al Psicoanálisis. Conferencia XXXI: Diseción de la personalidad psíquica, Obras completas (tomo III)*, ed. Biblioteca Nueva, Buenos Aires, 2005, pág. 3138.

¹¹² El masoquismo sería una resexualización de esta moral, que ya no deviene como un retorno de lo reprimido sino como un acto denegatorio, siendo la necesidad de castigo otro modo de defensa frente a la angustia. La posición perversa se ahorra angustia realizando lo que el neurótico reprime, lo que no quita que un neurótico quede tomado en una escena perversa, como una salida que suspenda su condición sintomática.

totalmente en el conflicto yo – superyo. La influencia de la pulsión de muerte y su carácter radical permanece muchas veces inmune a la interpretación más ajustada. Esto se debería a que solo un cierto monto de pulsión tanática sería ligada por medio del superyo, y solo de este modo, se volvería reconocible; otras cantidades de la misma fuerza actuarían sin poder ser fijadas en relación al síntoma y su entramado.

8. Compulsión a repetir.

Establecimos que la satisfacción del síntoma soporta una dimensión de goce, un retorno a aquellas primeras satisfacciones de la pulsión sexual. En esta regresión se aloja la compulsión como una forma mas arcaica donde la pulsión no esta comandada sólo por el principio del placer. La fuente de la compulsión a la que obedecen los síntomas aparece descripta originalmente en las neurosis obsesivas (*zwangsneurose*). Una vez establecida la fijación libidinal de una experiencia primaria, el exceso de placer concomitante es reprimido, para luego retornar como una obsesión:

“La obsesión, como cualquier otra idea, se halla sometida a la crítica de la conciencia, aunque su fuerza compulsiva (zwang) es incommovible: los síntomas secundarios consisten en la intensificación de la escrupulosidad y en la compulsión de examinar y atesorar las cosas.”¹¹³

La compulsión a la repetición motoriza la insistencia del síntoma, siendo una propiedad extensible a los demás síntomas neuróticos, como el producto de un *goc sexual anticipado* al desarrollo del niño. Este goce sexual anticipado asegura un monto pulsional que se adosará en parte a una representación de la pulsión para inscribirse en el psiquismo.

“Podemos decir que el analizado no recuerda nada de lo olvidado o reprimido, sino que lo vive de nuevo. No lo reproduce como recuerdo, sino como acto; lo repite sin saber, naturalmente, que lo repite.

... Mientras el sujeto permanece sometido al tratamiento no se libera de esta compulsión a repetir, y acabamos por comprender que este fenómeno constituye su manera especial de recordar.”¹¹⁴

¹¹³ Freud, Sigmund, *Manuscrito K, Obras completas (tomo III)*, ed. Biblioteca Nueva, Buenos Aires, 2005, pág. 3536.

¹¹⁴ Freud, Sigmund, *Recordar, repetir y reelaborar, (1914)*, *Obras completas (tomo XII)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1993. pág. 152.

La compulsión de repetición (*wiederholungszwang*) evidencia que el monto pulsional se ligó parcialmente y la represión solo lo ha aislado, reconcentrándolo en una representación sintomática. La insistencia de la representación reprimida definiría un exceso de goce que vuelve una y otra vez para transgredir los límites del principio del placer. La tendencia propia de las formaciones del inconsciente sería la de volver siempre a un mismo lugar: el de la frustración pulsional.

La compulsión permite apreciar el lugar del sujeto como efecto de las representaciones inconscientes que lo destinan a encontrar su impotencia y su dominio desfalleciente ante el retorno de lo reprimido. Este lugar de servidumbre radical se realiza en lo que Freud articuló como neurosis de destino: una existencia trazada de antemano por el retorno periódico de las mismas concatenaciones de acontecimientos desgraciados, en la que el sujeto cree hallarse sometido a una fatalidad exterior. Para dar cuenta de este hecho psíquico llega incluso a proponer el nombre de compulsión de destino (*schicksalzwang*) como el producto de un mecanismo totalmente autónomo de los dominios yoicos.

“El destino es considerado como un sustituto de la instancia parental; si nos golpea la desgracia, significa que ya no somos amados por esta autoridad máxima, y amenazados por semejante pérdida de amor, volvemos a someternos al representante de los padres en el superyo, al que habíamos pretendido desdeñar cuando gozábamos de la felicidad. Todo esto se revela con particular claridad cuando, en estricto sentido religioso, no se ve en el destino sino una expresión de la voluntad divina.”¹¹⁵

Es preferible la desdicha “divina” del síntoma¹¹⁶, antes que una vida “sin Dios”, sin la creencia en un garante último para la existencia. En esta cita de “Malestar en la cultura” se articula claramente la compulsión a la repetición y el destino, la satisfacción sustitutiva del síntoma expresaría la necesidad de castigo impuesta por la instancia superyoica al yo, sobre el telón de fondo de la angustia originada del desamparo primordial. Las fantasías neuróticas le asignaría una significación de omnipotencia al Otro a la cual el sujeto debe resignarse creyendo su destino de objeto para ese Otro. Deberá renunciar a su deseo, pues este introduce un grado

¹¹⁵ Freud, Sigmund, *El malestar en la Cultura*, (1930), *Obras completas (tomo XXI)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002. pág. 122.

¹¹⁶ La articulación entre neurosis y religión Freud la desarrolla en “Actos obsesivos y prácticas religiosas”.

de incertidumbre y sin sentido¹¹⁷ que le resultaría inconciliable, refugiándose en el sentido de un Otro gozador.

Algunas hipótesis explicativas en el psicoanálisis articularon la compulsión a la repetición con la pulsión de muerte, como componente pulsional cuyo único fin es la descarga absoluta. Esta propiedad “demoníaca” de lo pulsional, volver a lo inanimado, a sido un problema de difícil resolución en el campo de la investigación especulativa del psicoanálisis. Llevándolo paulatinamente a los callejones sin salida del supuesto fundamento biológico del aparato psíquico.

“Esto es la compulsión de repetición tal como la vemos surgir mas allá del principio del placer. Vacila más allá de todos los mecanismos de equilibración, de armonización y de acuerdo en el plano biológico. Sólo es introducida por el registro del lenguaje, por la función de lo simbólico, por la problemática de la pregunta en el orden humano.”¹¹⁸

Lacan ha insistido que la compulsión a la repetición debe pensarse como insistencia de la cadena significante. Según él, el significante es el único soporte posible de lo que es originalmente para nosotros la experiencia de la repetición. Un orden biológico, como el animal, encaja en su medio, se adapta, presenta caracteres de aprendizaje acotados, organizados y finitos, que no escapan a la reproducción de su paquete genético. La pulsión insistiría en la cadena significante privilegiando toda tarea inconclusa ligada a una frustración originaria de esa misma tendencia. La mala forma prevalece en el aparato psíquico, se recordaría mejor el fracaso en la medida que es doloroso y satisfacción ha sido imposibilitada. A este nivel se restituiría la necesidad de repetición como la intrusión del registro de lo simbólico anudado a una frustración.

Del superyo provienen esas palabras heredadas destinadas a repetirse, y es a pesar y por medio de ellas, que el sujeto es llamado a representarse en su existencia mortal y sexual. La repetición del síntoma es la señal de la insistencia del inconsciente para realizar este llamado. La formación psíquica compondría una repetición de constantes diferencias simbólicas, metáforas destinadas a desplazarse.

¹¹⁷ Toda pregunta por su deseo confronta al sujeto con la falta de un significante en el campo del Otro. El Otro, tesoro significativo, no dispone de un último significante que daría cuenta de quien soy para ese Otro.

¹¹⁸ Lacan, Jacques, *Seminario 2: El yo en la teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica*, ed. Paidós, Buenos Aires, 1993, pág. 141.

La insistencia que Freud encuentra en la perseverancia obsesiva se expresa en el retorno de aquellas reminiscencias cuya única finalidad sería la liquidación de la tensión. El aparato psíquico buscaría reducir esta tensión bajo el primado del principio de placer y establecer una homeostasis. Habría realidad psíquica en la medida en que exista una organización interna opuesta al paso libre e ilimitado de las fuerzas pulsionales. Sería homeostático aquello que amortigüe y atempere la irrupción pulsional, reconduciéndola de representante en representante ligando la tensión libre. El inconsciente sería sede de una insistencia que no se ajustaría al principio del placer, introduciendo una disimetría repetitiva a la tendencia restitutiva del aparato psíquico.

9. Fantasía Inconsciente.

En 1908 Freud establecerá una nueva relación para el síntoma llevado por sus observaciones clínicas. Estos demostraban encontrarse siempre en relación a una fantasía inconsciente escenificadora del deseo reprimido.

“Originariamente la acción era una empresa autoerótica pura destinada a ganar placer de un determinado lugar del cuerpo, que llamamos erógeno. Más tarde esa acción se fusionó con una representación-deseo tomada del círculo del amor de objeto y sirvió para realizar de una manera parcial la situación en que aquella fantasía culminaba. Cuando luego la persona renuncia a esta clase de satisfacción masturbatoria y fantaseada, la fantasía misma, de conciente que era, deviene inconciente. Y si no se introduce otra modalidad de la satisfacción sexual, si la persona permanece en la abstinencia y no consigue sublimar su libido, vale decir, desviar la excitación sexual hacia una meta superior, está dada la condición para que la fantasía inconciente se refresque, prolifere y se abra paso como síntoma patológico, al menos en una parte de su contenido, con todo el poder del ansia amorosa.”¹¹⁹

El empleo del término fantasía (*phantasie*) en Freud designaría una escena dada en la imaginación del paciente, y dramatizaría un deseo inconsciente. El sujeto desempeñaría un

¹¹⁹ Freud, Sigmund, *Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad*, (1909), *Obras completas (tomo IX)*, ed. Amorrotu, Buenos Aires, 2002. pág.143.

papel fundamental en estas fantasías, aún cuando no sea evidente su presencia en ella. Es un guión que escenificaría el deseo inconsciente expresado en superficie enunciable del síntoma.

Desde el origen del psicoanálisis se le reconoció al síntoma histérico una relación causal con una escena de seducción infantil. Esta era ejercida por un adulto sobre el niño, dejando profundas huellas traumáticas. En un análisis posterior tales huellas demostraron ser consecuencia de fantasías inconscientes elaboradas por los propios pacientes. El desplazamiento de la consideración de un hecho real a una fantasía no significó la negación de la capacidad traumática de tales recuerdos, sino el descubrimiento de la naturaleza fundamentalmente discursiva e imaginativa de la memoria. Los síntomas no se originarían en hechos objetivos, sino en una dialéctica compleja, en la cual la fantasía desempeñaría un papel vital.

Es hacia 1915 que Freud empieza a delinear la existencia de una serie de fantasías originarias (*urphantasien*) que serían capaces de suministrar los fundamentos últimos de los síntomas neuróticos. Se le sumaría a la fantasía de seducción, la de castración, la de asesinato del padre, la escena primaria o de coito parental y la de retorno al seno materno. Todas ellas refieren a una interpretación de los orígenes del sujeto a la existencia, del mismo modo que los mitos se traman en cada cultura. Estas fantasías aportarían una representación a los misterios del origen. En el retorno al seno materno se representaría el origen a la vida; en la de seducción el surgimiento de la sexualidad, en la de castración el origen de la diferencia de los sexos, en la de asesinato del padre el origen de la ley, y en la de coito parental una determinada condición para cada sexo.

En el inconsciente no habría representación de la propia condición sexual ni de la propia muerte. En consecuencia, tales enigmas solo podrían manifestarse bajo las formas cifradas de las fantasías originarias. Guardarían también una estrecha relación con la causación del deseo¹²⁰ escenificando lo prohibido. Las escenas primarias determinarían un guión del deseo inconsciente en el que se asentarían todas las operaciones defensivas que dieron origen a la neurosis.

Un síntoma sería el resultado de la soldadura de dos elementos heterogéneos: un goce autoerótico pulsional proveniente del propio cuerpo y las representaciones amorosas provenientes del Otro en el exterior. Estos elementos se fusionarían en la fantasía para “*caer juntos*” palabra y cuerpo en la causación de un síntoma. El “caer junto” esta en la etimología

¹²⁰ Freud utiliza el término fantasía de deseo (*wunschphantasie*) para atestiguar la estrecha relación entre los términos.

misma del término síntoma, también la idea de accidente, que da cuenta del componente azaroso de su aparición.

*“Síntoma: Tomado del latín tardío *syntóma* y del griego *coincidencia*, derivado de *caer juntamente, coincidir*.”*¹²¹

*“Symtoma: Voz médica. Señal preternatural, o accidente, que sobreviene a alguna enfermedad, por la cual se puede formar juicio de su naturaleza, o calidad. Acontecimiento desdichado.”*¹²²

Una representación que cae junto a la pulsión, es la idea que esta en la base de la noción de representante representativo (*vorstellungsrepräsentanz*) freudiano:

*“Representación o grupo de representaciones a las que se fija la pulsión en el curso de la historia el sujeto y por medio de las cuales se inscribe en el psiquismo”*¹²³

El monto de afecto que compone la “*vorstellungsrepräsentanz*”, puede ser desplazado a otras representaciones por acción de la represión, siguiendo distintos destinos en cada neurosis. Como enunciamos al principio, en la psicosis la representación y su monto de afecto fueron rechazados arrastrando consigo un trozo de la realidad psíquica. Siguiendo esta ilación de ideas es ajustado retomar la noción de forclusión lacaniana, para indicar la ausencia de este “caer juntos” en un momento determinado de la constitución subjetiva como definitorio de una estructuración psicótica. Los fenómenos psicóticos, como la imposición desde el exterior de aquello forcluido en interior, serían los efectos en lo real de la imposibilidad para constituir un síntoma. La psicosis presentifica la ausencia operativa de una soldadura fantasmática como condición diferencial diagnóstica.

10. Neurosis de Transferencia.

¹²¹ Corominas, Joan, *Diccionario Crítico Etimológico Castellano e Hispano*, (tomo V), ed. Grados, Madrid, 1983, pág. 258.

¹²² *Diccionario de Autoridades* (1737), ed. Gredos, Madrid, 1990.

¹²³ Laplanche, Jean y Pontalis, Jean B. *Diccionario de Psicoanálisis*, ed. Labor, Barcelona, 1993, pág. 372.

“... el principal recurso para domar la compulsión de repetición del paciente, y trasformarla en un motivo para el recordar, reside en el manejo de la transferencia. Volvemos esa compulsión inocua y, más aún, aprovechable si le concedemos su derecho a ser tolerada en cierto ámbito: le abrimos la transferencia como la palestra donde tiene permitido desplegarse con una libertad casi total, y donde se le ordena que escenifique para nosotros todo pulsionar patógeno que permanezca escondido en la vida anímica del analizado. Con tal que el paciente nos muestre al menos la solicitud {Entgegenkommen} de respetar las condiciones de existencia del tratamiento, conseguimos, casi siempre, dar a todos los síntomas de la enfermedad un nuevo significado transferencial, sustituir su neurosis ordinaria por una neurosis de transferencia, de la que puede ser curado en virtud del trabajo terapéutico. La transferencia crea así un reino intermedio entre la enfermedad y la vida, en virtud del cual se cumple el tránsito de aquella a esta. El nuevo estado ha asumido todos los caracteres de la enfermedad, pero constituye una enfermedad artificial asequible por doquier a nuestra intervención.”¹²⁴

Freud consideraba la transferencia amorosa en un primer momento¹²⁵ como una resistencia en la relación médico-paciente que impedía la rememoración de los recuerdos reprimidos la cual era necesario destruir. Tiempo después ve en ella no solo un obstáculo, sino una poderosa herramienta. La considera un modo inmediato de confrontar la historia del paciente con la circunstancia presente de su relación con el analista, material que de otra manera sería de mucho más difícil acceso. Aquella repetición que estaba destinada a ser el mayor escollo para el psicoanálisis, se convertía en el auxiliar más poderoso de la interpretación.

La neurosis del paciente incorporaba a sus síntomas una nueva significación por medio de la relación transferencial: el analista era considerado en el universo inconsciente como un nuevo objeto libidinal. Tal operación ha de diferenciar toda práctica del orden médico, psicológico o psiquiátrico del tratamiento psicoanalítico. El analista quedaba incluido en la estructura misma del síntoma. Por consiguiente, todo saber psicopatológico o cualquier otro punto de vista objetivo quedaba invalidado si no fuera considerado dentro de la misma relación transferencial.

La neurosis de transferencia se ha constituido debido a que toda la producción nueva de la enfermedad se concentra en un único lugar. La sintomatología abandona su significado originario y se incorpora a la nueva escena transferencial, en la que el analista como objeto

¹²⁴ Freud, Sigmund, *Recordar, repetir y reelaborar*, (1914), *Obras completas (tomo XII)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002. pág. 156.

¹²⁵ En referencia al tratamiento de Anna O. realizado por Breuer en 1882.

amoroso ocupa sitio central. Toda la libido será empujada a pasar de los síntomas a la transferencia y ser concentrada allí. Freud habla de la neurosis de transferencia como un espacio del deseo que desempeña la función de una zona intermedia entre la enfermedad y la vida. Un espacio muy frágil que se abría entre las demandas de amor del paciente y la abstinencia a la sugestión por parte del analista, fuente de todas las resistencias en el analizante. Para Freud ningún análisis avanzaba mas allá de lo que los complejos y las resistencias del propio analista lo permitiesen.¹²⁶

El analista encarna transitoriamente el objeto del sufrimiento del paciente, debiendo transmutar su valor de goce al de causa de deseo mediante un corte interpretativo. La interpretación debiera trastocar el sentido del síntoma como una relación preconcebida entre significado y significante. Es la puntuación de una huella significativa en la búsqueda de un *paso de sentido*,¹²⁷ aquello que facilitaría en el paciente un tránsito subjetivo por todas las significaciones inconscientes posibles para tal huella significativa.

La interpretación no se guiaría por el sentido, como la comprensión, sería una apuesta por la disolución de sus lazos imaginarios, lazos gozosos, falsos enlaces, en los que el pensamiento sobre el síntoma transita. La interpretación sería la chance para que la carga concentrada en la representación sintomática sea ligada, y salga a la luz las relaciones inconscientes que la ataban. Esta sola operación presupone el paso de sentido a una nueva significación del síntoma. La interpretación resituaría al objeto sintomático actualizando aquella soldadura entre la representación amorosa y el cuerpo pulsional. La transferencia sería entonces un transporte de afectos que del paciente van al analista en sustitución del Otro inconsciente. Un mensaje cifrado que él mismo desconoce pero pone su existencia en juego.

11. Inhibición y angustia

“Inhibición, síntoma y Angustia” de 1925 podría considerarse el texto de mayor articulación y desarrollo respecto del síntoma en la obra freudiana. Su propuesta podría leerse desde una semiología psicoanalítica que intentaría articular estas instancias es sus distintos

¹²⁶ Al respecto ver: Freud, Sigmund, *El perspectivas futuras de la Terapia Psicoanalítica (1910)*, *Obras completas (tomo XI)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002.

¹²⁷ Lacan juega con la homofonía de “*pas de sens*”, que significa sin sentido tanto como paso de sentido, producción de una nueva significación.

niveles de complejidad, articulación y constitución en la experiencia clínica de la enfermedad psíquica. De un modo similar a aquello que la lógica médica articula como la serie síntoma, signo y síndrome.

Comienza diferenciando inhibición de síntoma. La inhibición establecería una restricción o disminución de una función, y no necesariamente un estado patológico para la percepción del sujeto. Una inhibición podría ser síntoma cuando la restricción funcional es grande, o bien cuando aparece una función nueva, teniendo el carácter de indicador de un conflicto psíquico que le es evidente al paciente. Las funciones capaces de inhibición son originariamente atribuciones del Yo y pueden distinguirse en funciones sexuales, de nutrición, locomoción y laborales.

En la génesis de las inhibiciones la función seguramente habría quedado alterada debido a su excesiva erogeneidad. El Yo renunciará a tales capacidades por su intolerable significación sexual, ahorrándose realizar nuevas represiones producto de su conflictividad. La evitación del conflicto entre las demandas sexuales provenientes del Ello y las exigencias punitivas del Superyo, redundará en un nuevo modo de defensa caracterizado por el empobrecimiento del Yo.

La limitación de las funciones y de la energía propias del Yo establecidas por la inhibición, le evitarán al mismo tiempo a la instancia yoica, el enorme trabajo que implicaría las acciones tendientes a la mediación y/o represión de lo displacentero. En la inhibición toda aquella tensión emanada de la conflictividad, y contenida en la formación de compromiso sintomática, ya no podría ser reconocida como un proceso que ocurriría dentro o actuaría sobre el Yo.

Por la represión acaecería una transformación de los afectos, la liberación de carga pulsional aparecería como displacentera en lugar de placentera. Cuando el Yo lucha contra las demandas del Ello daría una 'señal' de displacer para alcanzar su propósito con la ayuda del principio del placer, instancia casi omnipotente. ¿Pero de dónde sacaría el Yo la energía para dar esta señal de displacer? La sacaría de la representación a reprimir convirtiéndola en displacer (angustia). El afecto reprimido es transformado en angustia, y así el Yo resulta ser la sede de la angustia. No se crearía aquí nueva energía, sino que se tomaría la energía de lo reprimido convirtiéndola en angustia.

Todas las mociones reprimidas que intervienen en la clínica según Freud serían de un carácter secundario. La angustia sería un afecto que fue ligado por una represión primitiva, esta incorporó a la vida anímica una primera huella de sucesos infantiles que ejercen una influencia

sobre las nuevas situaciones. Las represiones primitivas ocurrieron antes de la instauración del Superyo y tuvieron su origen en una situación traumática, ejerciendo un polo de atracción de desligadura y religadura de sus cargas concomitantes. Como así también, sobre todas las representaciones secundarias que entrasen en conexión asociativa con aquella primitiva.

“El yo es una organización, se basa en el libre comercio y en la posibilidad de influjo recíproco entre todos sus componentes; su energía desexualizada revela todavía su origen en su aspiración a la ligazón y la unificación, y esta compulsión a la síntesis aumenta a medida que el yo se desarrolla más vigoroso. Así se comprende que el yo intente, además, cancelar la ajenidad y el aislamiento del síntoma, aprovechando toda oportunidad para ligarlo de algún modo a sí e incorporarlo a su organización mediante tales lazos.”¹²⁸

El Yo se presentaría como la parte organizadora del Ello por medio de la acción de la represión, particularmente de aquellos impulsos sexuales que amenazarían la integridad desexualizada del yo. Es por ello que el proceso defensivo iniciado por la represión establece al síntoma como una existencia fuera de la organización del Yo e independiente de ella. Así el síntoma adquiriría la propiedad de “cuerpo extraño” para la percepción conciente del paciente, alojándose en los márgenes del Yo y manteniendo con él incesantes fenómenos de estímulos y reacción.

Una vez surgido el síntoma y constatada la imposibilidad de suprimirlo podría acaecer, según Freud, un proceso de “familiarización”. Se iniciaría una etapa de adaptación a este nuevo elemento del mundo interior extraño al Yo, de manera análoga a toda adaptación normal del mundo exterior. He aquí el inicio de una serie de defensas secundarias, que como desarrollamos inhibirían ciertas funciones, pero también encontrarían una ganancia de la enfermedad. Esta ganancia de la inhibición, que generalmente comprometen a otras personas del círculo íntimo del enfermo, tiende a incorporar al síntoma fortaleciendo su fijación y aislamiento. Se establece una estigmatización del paciente y su enfermedad, que de alguna manera, trae consigo algún beneficio en su mundo relacional inmediato, desresponsabilizándolo de su padecer. Desandar este aspecto de conveniencia del Yo, que transformó un síntoma en una inhibición, sería una de las más arduas tareas del trabajo analítico.

¹²⁸ Freud, Sigmund, *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), *Obras completas (tomo XX)*, ed. Amorrotu, Buenos Aires, 2002. pág. 94

Volviendo al minucioso trabajo de análisis que Freud realiza sobre la angustia, la define a esta como un estado afectivo que ha conservado su carácter de displacer. Se instauraría un acto de descarga motora que alteraría el funcionamiento orgánico normal. Descarga y percepción del afecto diferencian ya la angustia del dolor y la tristeza, como veremos mas adelante. La angustia sería la reproducción de una experiencia que integraba las condiciones de un incremento del estímulo y su descarga por vías determinadas, la cual daría al displacer de la angustia su carácter específico.

*“De acuerdo con el desarrollo de la serie angustia-peligro-desvalimiento (trauma), podemos resumir: La situación de peligro es la situación de desvalimiento discernida, recordada, esperada. La angustia es la reacción originaria frente al desvalimiento en el trauma, que más tarde es reproducida como señal de socorro en la situación de peligro. El yo, que ha vivenciado pasivamente el trauma, repite {wiederholen} ahora de manera activa una reproducción {Reproduktion} morigerada de este, con la esperanza de poder guiar de manera autónoma su decurso. Sabemos que el niño adopta igual comportamiento frente a todas las vivencias penosas para él, reproduciéndolas en el juego; con esta modalidad de tránsito de la pasividad a la actividad procura dominar psíquicamente sus impresiones vitales.”*¹²⁹

El afecto angustiante surgiría ante la percepción de la ausencia de un objeto de satisfacción específico. A esta situación se la considerará como un peligro, contra lo cual esta asegurada la insatisfacción, creciendo la impotencia del yo. La angustia sería el producto de un desamparo psíquico originario, paralelo al desamparo biológico con el cual nace todo cachorro humano. La etiología estaría dada por la inmadurez del yo en el momento de su constitución, y no seguiría un prototipo de trauma originario. Freud repara en esta diferencia invalidando toda idea de trauma de nacimiento como prototipo originario, ya que, el feto carece de una forma de reconocimiento de la madre como objeto, y por consiguiente, de algún registro de una conciencia de sí.

Como definimos, la angustia sería la reacción de peligro ante la pérdida del objeto, pero esto también puede producir tristeza y dolor. Entonces, ¿cuándo la separación del objeto produce angustia, cuándo tristeza, y cuándo dolor? La primera condición de la angustia es la pérdida del objeto amado en el niño, que es equiparada con la pérdida misma. Más tarde, al comprende que el objeto podría estar se produce el enojo, y así aparece una condición más

¹²⁹ Freud, Sigmund, *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), *Obras completas* (tomo XX), ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002. pág. 156.

permanente de la angustia: la falta de cariño. El anhelo por el retorno del objeto amado y perdido instaurará la reacción de dolor. La tristeza surgirá una vez producida la pérdida bajo la influencia del examen de la realidad que impone la separación del objeto, puesto que este ya no existe. La tristeza lleva a cabo la separación.

La angustia se establecería como un afecto con distintas connotaciones según el periodo de la constitución subjetiva en la que intervenga. Surgirá en los primeros años infantiles, cuando la falta de independencia amenazaba al niño con la pérdida de su primer objeto amado en la madre. Este fue la primera connotación de la angustia como impotencia psíquica por la carencia de madurez del yo. Luego sobrevendrá como afecto señal ante el peligro de castración en la fase fálica, y posteriormente, como al miedo al superyo durante el periodo de latencia. Todas estas situaciones siempre subsisten según Freud en la vida adulta, y se puede volver a ellas, como lo demuestran las significaciones encontradas en los síntomas neuróticos.

La sede de la angustia sería el Yo y es el único que podría sentirla. La fuerza de motivación de la angustia sería únicamente la castración, ante la cual, el yo inicia los procesos de defensa que conducen a la neurosis.

“Hasta ahí llegan nuestras indagaciones sobre la formación de síntoma. No vale la pena resumirlas; han dado escaso fruto y quedaron incompletas, y además aportaron muy poco que ya no supiéramos desde antes. Sería infructuoso considerar la formación de síntoma en otras afecciones, aparte de las fobias, la histeria de conversión y la neurosis obsesiva; se sabe demasiado poco sobre esto. Pero ya del cotejo de estas tres neurosis resulta un muy serio problema, cuyo tratamiento no puede posponerse. El punto de arranque de las tres es la destrucción del complejo de Edipo, y en todas, según suponemos, el motor de la renuencia del yo es la angustia de castración.”¹³⁰

Como conjeturamos la angustia sería un afecto derivado del miedo a la castración que en su momento motivo una acción de la represión. En las fobias, histerias de conversión y neurosis obsesivas, el origen lo constituye el complejo de Edipo y las operaciones subjetivas concomitantes a su disolución. La disolución no supone una solución del conflicto Edípico, sino que el sepultamiento de muchas de sus huellas. El miedo a la castración como retorno de estas huellas sería el motor de la resistencia del yo, pero sólo en las fobias ese miedo se exterioriza y se confiesa.

¹³⁰ Freud, Sigmund, *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), *Obras completas* (tomo XX), ed. Amorrotu, Buenos Aires, 2002. pág. 117.

Las defensas neuróticas se organizarían alrededor de estos núcleos patógenos. Instituyendo para cada tipo de neurosis un punto de fijación en la constitución subjetiva donde la angustia de castración fue un afecto concomitante. La histeria retornaría al punto originario de la pérdida de amor del objeto, la fobia a la amenaza de castración en la etapa fálica, y la neurosis obsesiva se establecería en rededor de los miedos emanados de los mandatos superyoicos durante la latencia.

Como vemos la angustia no es un síntoma en sí, sino que por el contrario, toda formación de síntomas neuróticos es emprendida con el fin de eludir la angustia. Estas formaciones impondrían inhibiciones al Yo librándolo de la situación de impotencia, limitando al mínimo el desarrollo de angustia y reduciéndola a una señal de la amenaza de castración. La formación de síntomas se dispondría como un proceso defensivo mas desarrollado que la fuga primitivamente emprendida por el yo, pues, se interviene en el circuito representacional de la pulsión modificándolo. Es un lado oculto a nuestra percepción que establecería en el Ello aquellas modificaciones mediante las cuales se sustraería el Yo al peligro. Pero también, tendría un lado visible que nos muestra lo que se ha creado en lugar del proceso pulsional influido: la formación sustitutiva. Esta sustitución tiene la ventaja de eliminar la ambivalencia que se tenía con el agente de la castración, el Padre, desplazando el odio hacia otro objeto.

Resumiendo: El Yo se defiende de una moción pulsional por medio del proceso de la represión, esto le daría a la moción cierta independencia bajo la lógica de lo inconsciente. El nuevo curso de la pulsión va a ser desarrollado bajo la influencia de la compulsión a la repetición. Se seguirá un mismo camino a lo anteriormente reprimido cuando una nueva circunstancia del sujeto la reactive, como si la situación peligrosa perdurase aún. Esto nos demuestra que las relaciones son cuantitativas, de monto de afecto pulsional, en lo que atañe a la conservación de las antiguas situaciones peligrosas, manteniendo las represiones del Yo y encontrando una continuación de la neurosis infantil. Cuando en una nueva circunstancia el yo advierta el peligro de castración, dará la señal de angustia e inhibirá la amenaza del ello. En cada tipo de neurosis el miedo a la castración recibirá un objeto distinto y una expresión disfrazada, que puede ser una conversión en el cuerpo, una idea obsesiva o el miedo a un objeto exterior.

TERCERA PARTE

Clínica de la mirada y clínica de la escucha.



“Si hay un axioma en medicina, es esta afirmación de que no existe enfermedad sin sede. Si se admitía la opinión contraria, sería menester admitir también que existen funciones sin órganos, lo que es un palpable absurdo. La determinación de la sede de las enfermedades, o su localización, es una de las mas grandes conquistas de la medicina moderna” Dr. Jean-Baptiste Bouillaud, Philosophie médicale, Paris, 1830¹³¹

¹³¹ Foucault, Michel, “El nacimiento de la clínica”, siglo XXI editores, México, 1985. pág. 199.

1. Rembrandt la primera marca.

Si nos dieran la posibilidad de elegir una imagen anticipatoria de la medicina moderna, podríamos encontrarla en “La lección de anatomía del Dr. Nicolaes Tulp”. Podríamos decir con derecho, que es una imagen canónica de la historia de la medicina, que condensa en su composición los elementos que constituirán una marca de identidad para su trayectoria como ciencia. Esta pintura puede situarnos en una mirada que nos facilite un efecto de marco en la lectura, y nos brinde pistas para el análisis de un espacio complejo y extenso en el tiempo. Análisis que intentará seguir, como un hilo de Ariadna, los avatares históricos de la fundamentación patológica de las enfermedades psíquicas.

La pintura compuesta por el holandés Harmenszoon Rembrandt en 1632 plasma uno de los tantos movimientos gestacionales de la Europa del siglo XVII previo a la revolución del modernismo en el siglo XVIII. Al mismo tiempo que el Dr. Tulp realizaba sus autopsias, Descartes indagaba en los fundamentos racionales del alma y Galileo estaba en pleno pleito con la iglesia sobre el movimiento de los planetas.

El cuadro es un típico exponente de la pintura barroca flamenca y fue realizado por encargo del potente gremio de cirujanos de Ámsterdam. En primer plano aparece el profesor Dr. Tulp¹³² cirujano del gremio y magistrado municipal de Ámsterdam, impartiendo a un grupo de prominentes médicos su lección de anatomía. Esta se centra en la disección del antebrazo izquierdo que realiza sobre un cadáver, cuerpo inerte sobre el que gira todo el relato pictórico. El grupo observante trasunta en sus rostros asombro, admiración, con dramática intensidad, pero curiosamente ninguno de ellos dirige la mirada al cuerpo diseccionado. Algunas miradas se dirigen a la esquina inferior derecha, en donde se encuentra un enorme libro de anatomía abierto, *De Humani Corporis Fabrica* (De la estructura del cuerpo humano) de Andrés Vesalio editado en 1543.

¹³² Además de Nicolaes Tulp de sombrero, para destacar su rango, están representados también los cirujanos Jacob Blok, Hartman Hartmanszoon, Adraen Slabran, Jacob de Witt, Mathijs Kalkoen, Jacob Koolvelt y Frans Van Loenen. En la obra sólo aparecen retratados los siete alumnos que estuvieron dispuestos a pagar por ello. Sus nombres están en la lista que uno de ellos tiene en su mano. Los estudiosos del cuadro señalan que gran parte de ellos participaron de la disección que sirvió de modelo, con la excepción de las figuras del fondo y la izquierda, personas que fueron añadidas a la pintura más tarde.

La cofradía de cirujanos de Ámsterdam permitía sólo una disección pública al año, en invierno, para mejor conservación del cuerpo; y éste tenía que ser de un criminal ejecutado. El evento representado puede fecharse el 16 de enero de 1632, el cadáver pertenece al criminal Aris Kindt (Adriaan Adriaanszoon) de 41 años, ahorcado ese mismo día por robo a mano armada.

Las clases de anatomía con disección fueron en el siglo XVII actos poco frecuentes y espectaculares, hasta el punto de convertirse en acontecimientos sociales. Tenían lugar en salas de conferencias que eran realmente teatros; en este caso era el Waag (teatro de anatomía). Podían presenciar la lección estudiantes, colegas y el público en general, a cambio del pago de la entrada. Los espectadores debían estar vestidos de manera adecuada a una ocasión social tan solemne como excepcional. Con el transcurso del tiempo la práctica de las autopsias fueron venciendo las oposiciones religiosas y morales arrastradas del medioevo, para instituirse en el principal escenario del nuevo saber médico.

La iluminación utilizada por Rembrandt infunde a los personajes y a la escena quietud, unidad y gravedad, lo que nos permite interiorizar en los personajes; de este modo la luz nos revela una clave. Las manos del maestro, las miradas de algunos de sus alumnos y el libro generan un diálogo. Un guión que parece ir de la minuciosa visión de los alumnos a la garantía de lo escrito, para finalmente depositarse en el resplandor de lo muerto, donde el saber práctico representado por las manos, se revelará en toda su verdad. Fuera de este eje, la mirada del profesor describe un punto de fuga del cuadro, como si en su exposición estuviera visualizando aquello que los personajes y nosotros mismos como espectadores desconocemos. Su mirada se eleva por sobre el resto, representando la superioridad propia de aquel que puede ver más allá de las apariencias, y no debe sostenerse aún en las garantías escritas para reconocer su percepción. Los alumnos centran sus miradas en el libro¹³³ representando el deseo del médico, de aquel que sigue su método, su asepsia, su higiene, su apatía, en tanto, carecen de asco, pudor u otro sentimiento que lo desvíe de su genuina búsqueda.

¹³³ A excepción de dos personajes, que con magistral habilidad dramática, Rembrandt representa dirigiendo su mirada al posible espectador del cuadro; invitando a introducirlo narrativamente en él, en una clara ruptura de la separación entre la obra y quien la mira.

Las figuras se apiñan en torno al cadáver definiendo una composición piramidal. El cuerpo sin vida es el contraste lumínico, que desde la base compositiva, provoca un resplandor potente y claro, iluminando una zona y dejando en profunda sombra el resto del espacio, según indicaba la teoría tenebrista¹³⁴ que trabajaba Rembrandt por estas fechas. Tumbado al estilo de un Cristo muerto con lividez cadavérica, el cuerpo emana una luz propia, en una clara subjetivación interpretativa de la escena, que no responde a ningún canon naturalista, pero le imprime una mayor sensación de realismo al cuadro. La cara esta ensombrecida sugiriendo la *umbra mortis* (sombra de la muerte), e invirtiendo el contraste rostro - cuerpo de los personajes vivos. Otro detalle esta dado por las camisas blancas y los cuellos que apuntan cual flechas, como un index luminoso, reforzando el gesto de Tulp y las miradas de los espectadores. Al tiempo que sus cuerpos permanecen en un segundo plano, sin ningún color, solo matices grises que tienden a fundirse con el fondo.

La mirada del pintor parecía revelarse en su preocupación por la narrativa, sobre la cual, se imprimían las nuevas técnicas de composición que ya no imitaban meramente lo visto. Lo real cobraba su extrañeza al dejar de ser ese objeto de una mirada pura, plenamente puesta ante sí. Lo real, como lo fulgurante de lo muerto, se transformaba en un espacio que se podía gobernar, estimar, prever, escoger, combinar, calcular, narrar en su naturaleza. Un método adecuado debía reemplazar la ingenuidad de un empirismo o un naturalismo no preparado, puramente contemplativo. Allí la mirada del pintor y la de los médicos representados se funden en una misma analogía.

2. La luz de lo muerto.

Una nueva época comenzaba en siglo XVIII para la medicina, con el estudio de los fenómenos fisiológicos se consolidaban enormes progresos en la anatomía patológica. La nueva medicina se establecía sobre la siguiente premisa: las lesiones observables en los tejidos explicaban los síntomas aparentes de los cuerpos vivos, por lo que, la anatomía patológica se instituiría en la base de toda práctica clínica.

¹³⁴ Esta *técnica artística* (en *pintura*, *dibujo* y *grabado*) tuvo su origen en el dominio del claroscuro, consistente en el uso de contrastes fuertes entre los volúmenes iluminados y los ensombrecidos del cuadro para destacar más efectivamente algunos elementos. Desarrollada inicialmente por los pintores *flamencos* e *italianos* del *cinquecento*, la técnica alcanzaría su madurez en el *barroco*, en especial con *Caravaggio*, dando lugar al estilo llamado *tenebrismo*.

La autopsia ofrecía el camino para transitar hacia una nueva idea: que desde lo muerto es posible comprender minuciosamente lo vivo. La nueva ciencia médica nacería de la unión de dos campos que hasta ese momento no compartían un mismo espíritu: la clínica y la anatomía.

El cadáver como objeto de estudio ofrecía el campo articulatorio y el fundamento último de la naturaleza de la enfermedad. Para ello fue necesario desarrollar un lenguaje propio y común, científico. Una lengua que garantizara un discurso médico, y así, asegurar una continuidad entre el sospechoso conocimiento de las apariencias de la enfermedad, en lo vivo, y la objetividad visible y cristalina de lo muerto. Una práctica y un discurso teórico insipiente se articularán con el objetivo de hacer de la oscuridad de lo vivo un lugar plenamente comprensible echando luz sobre lo muerto.

La vida, la enfermedad y la muerte se enlazaron en una estrecha relación conceptual. Antiguamente se concebía a la vida como un estado constantemente amenazado por la enfermedad, que era la presencia mas aproximada de la muerte, el fondo que oscurecía la luz vital. La perspectiva moderna invertirá esta relación, desde lo alto de la muerte se podrá ver y analizar, desde las dependencias orgánicas hasta las consecuencias patológicas. La muerte dejará de ser esa noche en la cual se borraba toda la vida, para ser en lo sucesivo el gran poder que saca a la luz el espacio orgánico y la temporalidad de sus enfermedades.

El orden anatómico y el saber lesivo, la patología, serán la norma para la especialización y el ordenamiento del saber sobre el cuerpo. Una relación entre órdenes determinada por la comunicación fisiológica entre los distintos tejidos:

“Este espacio (orgánico) fundamentalmente está íntegramente definido por la delgadez del tejido; la anatomía general enumera veintiuno de ellos: el celular, el nervioso de la vida animal, el nervioso de la vida orgánica, el arterial, el venoso, el de los vasos exhalantes, el de los absorbentes, el óseo, el medular, el cartilaginoso, el fibroso, el fibroso-cartilaginoso, el músculo animal, el muscular, el mucoso, el seroso, el sinovial, el glandular, el dermoideo, el epidermoideo y el piloso.”¹³⁵

¹³⁵ Foucault, Michel, “El nacimiento de la clínica”, siglo XXI editores, México, 1985. pág. 182.

Eran estos tejidos los componentes de los órganos, que a su vez, componían vastos sistemas en los cuales el cuerpo humano definía las formas concretas de su unidad. La medicina dejaba de centrarse en los órganos para proyectarse sobre dos superficies interrelacionadas: la particular, de sus membranas, y la general, de los sistemas. Entre estas dos dimensiones los órganos encontraban definida su constitución y el conjunto de sus funciones. La enfermedad y sus fenómenos se estructuraban según las leyes de composición de estos tres niveles de lo vivo. La mirada médica debía partir de lo más simple y concreto, los tejidos, como único punto de partida para el establecimiento de una anatomía patológica científica. Así se encontraría el fundamento objetivo, real e indudable en la descripción de las enfermedades, una nosografía total y definitiva de lo mórbido.

Se gestaban las condiciones para producir una revolución en los cimientos que sostendrían los fundamentos de toda la clínica médica. ¿Pero qué validez podían contener muchos de los términos médicos heredados del medioevo y forjados en la teología o la alquimia? ¿Con qué conceptos expresar esta nueva técnica de análisis, diagnóstico y pronóstico de las enfermedades? El nuevo modelo lingüístico debía definir la sintaxis de los cuerpos, las sustancias y los fenómenos, fijando un vocabulario meticuloso, analítico, lógico y universal.

Tal proyecto encontró en la botánica un modelo acabado, particularmente en la taxonomía propuesta por Linneo. El sistema que este propuso en 1753 definía una clasificación jerárquica de las especies según sus características físicas compartidas que normalizaba su denominación. También compuso una fórmula binominal, consistente en el uso de dos palabras para asignar un nombre único para cada especie: la primera es el nombre del género y la segunda es el epíteto específico; de esta forma, la combinación de ambas designa a la especie como si ésta tuviera "nombre y apellido". El fin último de la taxonomía era presentar un sistema de clasificación que agrupe a toda la diversidad de organismos en unidades discretas dentro de un sistema estable, sobre las que les sea posible trabajar a los investigadores.

Los sistemas de clasificación estaban compuestos por taxones (*del griego taxa, taxa*) y ordenados en las siguientes categorías taxonómicas: reino, filo o división, clase, orden, familia, género y especie. Estos a su vez se dividían en subtaxones, como unidades contenedoras de

información. Los taxones eran la unidad de trabajo, y la clave de acceso a un inmenso cuerpo de información, disperso en muchas lenguas y procedente de muchos campos. Con su uso se homogenizaban, al tiempo que se reconocían, las diferentes categorías de todas las especies naturales.¹³⁶ El nuevo orden gramatical al que era sometido todo lo natural permitía hacer predicciones acerca de la fisiología, la ecología y la evolución de los taxones. Por ejemplo, es muy común que cuando se encuentra un compuesto de interés médico en una planta, se investigue si ese compuesto u otros similares se encuentran también en otras especies emparentadas con ella.

Definido el universo de todas las especies naturales, la medicina incluyó las enfermedades, que debían ser consideradas como entidades cerradas sobre sí mismas dadas plenamente en el medio natural. Linneo no solamente propuso un nuevo modelo clasificatorio y un modelo lingüístico universal para la ciencia, sino también, un método de observación. La investigación de lo natural debía apoyarse en aquellas descripciones derivadas de lo percibido por la mirada. El sentido rector para el científico era la vista, de allí se caracterizaban todas la positivities en los objetos.

3. La mirada del médico.

El libro de Vesalio en las penumbras anticipaba toda su importancia modernista, en un juego óptico, era el espejo desde donde el médico visualizaba lo real del cuerpo, aquello sesgado a cualquier visión directa. La mirada pictórica y la médica se funden en un mismo idealismo: la verdad de las cosas solo es revelada con la aplicación de un mismo logos, el de una razón fundante. La verdad solo se revelaba en la ficción escénica de la mirada científica y en su discurso de la razón.

¹³⁶ La taxonomía actual decide qué nodos del árbol filogenético (clados) se convertirán en taxones y en qué categorías taxonómicas deberían ser ubicados. Por ejemplo, esta sería la taxonomía linneana moderna del ser humano:

Reino: Animalia (Organismos heterótrofos eucariotas sin pared celular y pluricelulares)

División: Chordata (Organismos, primitivamente, con notocorda)

Clase: Mammalia (Organismos con glándulas mamarias, funcionales en las hembras, que secretan leche para la nutrición de la cría. Homeotermos y con pelo)

Orden: Primates (Ojos frontales, pulgar oponible)

Familia: Hominidae (Cerebro desarrollado y con neocórtex, visión estereoscópica)

Género: Homo (Espina dorsal curvada, posición bípeda permanente)

Especie: Homo sapiens (huesos craneales delgados, capacidad vocalizadora)

“La mirada clínica tiene esa paradójica propiedad de entender un lenguaje en el momento en que percibe un espectáculo. En la clínica, lo que se manifiesta es originalmente lo que habla.”¹³⁷

La enfermedad durante siglos estuvo ligada a una justificación metafísica del mal, pero será en la posibilidad de un discurso de lo visible donde encontrará definitivamente sus términos positivos, físicos.¹³⁸ Dejaba de ser el negativo imposible de asignar, ese fondo siempre rechazado a la vida, para ser una entidad solo desplegable en el ejercicio soberano de la mirada médica.

La visibilidad y la enfermedad pasaban a ser aristas de una misma estructura¹³⁹, una frente a la otra encontraban su sitio, se los suponía objetos vinculados estrechamente por su naturaleza y origen. La mirada médica es la que abre el secreto a la enfermedad, y esta visibilidad es la que hace a la enfermedad penetrable a la percepción. No había división entre teoría y experiencia, métodos y resultados, sino un círculo biunívoco que se garantizaba en la existencia de códigos perceptivos: una estructura lingüística de signos. Así lo mórbido se presentaba al observador de acuerdo a dos formas del código: los síntomas y los signos.

El síntoma era lo considerado mas cercano a lo esencial, la primera transcripción de la naturaleza inaccesible de la enfermedad. Ella se componía de un conjunto caótico de manifestaciones evidenciadas o relatadas por el paciente, y presentes ante los sentidos del médico. Un dolor, una queja, una tos, una compulsión, o la sudoración podían ser los síntomas de un estado presente, pero todavía oscuro, de la enfermedad.

El síntoma era una manifestación primitiva del fenómeno, como el instinto o un puro reflejo natural que llevaba a una forma inicial del lenguaje, un lenguaje de acciones. El síntoma dejaba de considerarse, como en la antigüedad, en su pasividad de fenómeno natural. Para representarse en su forma *significante* para la enfermedad, perteneciente a una totalidad que ya

¹³⁷ Foucault, Michel, “El nacimiento de la clínica”, siglo XXI editores, México, 1985. pág. 155.

¹³⁸ A partir de ello puede comprenderse la importancia de la medicina en la constitución de las ciencias del hombre, y fundamentalmente como veremos, en los procesos de normalización social. Importancia que no es solo metodológica, sino ontológica, en la medida en que toca el ser del hombre como objeto de un saber positivo.

¹³⁹ Sería justo suponer una analogía entre la preocupación del médico por la composición del cuadro de una enfermedad y del pintor por el cuadro pictórico. Para ambos la estructura compositiva revela una narrativa.

no era una colección informe. La mirada operaba sobre él con una acción anticipatoria que en el mismo acto lo aislaba y lo totalizaba, es decir, había una imagen preconcebida en el médico que anticipaba e iniciaba el proceso de su transformación en signo.

Si el síntoma opera como un significante en la semiología médica, la mirada del clínico deberá, en lo posible, corresponderle un significado. El acto de la mirada aportaba un significado cuando encontraba la referencia determinable o supuesta de una lesión, allí se formalizaba la unicidad del signo. El signo médico se ajustará plenamente al modelo del signo lingüístico, definiendo al campo de la semiología médica.

El signo médico, por medio del acto de ver, lograba ajustarse al modelo del signo científico y se constituía, con todo derecho, en toda una semiología. Como fue esa visión ideal de un cadáver abierto y exteriorizador de una verdad interior, esa misma lectura, podría extenderse a la lectura de los signos que se sugieren en la relación médico-paciente. El signo introducirá la temporalidad en el cuadro mórbido, diagnostica su presente, pronostica su evolución y reconstruye una anamnesis de lo que ha ocurrido. Se imponía un axioma fundamental: todo lo vivo tiene procesos evolutivos inmanentes que solo pueden ser reconocidos a nuestro entendimiento si son claramente simbolizados.

El signo es un índice, en tanto señal, indicación de lo que se oculta por debajo y es aún invisible. También es un índice en el sentido de ordenar una serie de datos de acuerdo a un criterio común a todos ellos, para facilitar su consulta y análisis. Con la nueva semiología se lograba el más alto grado de percepción clínico, y en una plena soberanía de la razón. La luz de la conciencia que buscaba transformar el caos sintomático en un orden indicial, ponía en el horizonte médico un nuevo ideal: “todas las enfermedades deberán en el futuro hablarse en una misma lengua universal, lógica, clara y exacta”.

El lenguaje médico ganaba mayor exactitud al corresponder a cada sector de lo visible un elemento enunciable constante y fijo, que autorizaba la comparación, la generalización y la composición en conjuntos mas complejos. Lo visible y lo enunciable se articulaban de un modo exhaustivo, sin residuos, ni lagunas, con el rigor descriptivo resultante de la exactitud de los enunciados y una regularidad en la denominación. La posibilidad de una descripción de

todo lo visible como íntegramente enunciable, planteaba mas bien, un ideal de ciencia que una realidad conceptual. La enfermedad considerada como un todo indivisible y temporal, debía evolucionar a la cura o a la muerte, pero fundamentalmente, ser una entidad enteramente enunciable en su verdad. Medicina y positivismo filosófico tenían caminos comunes por aquellos momentos de orden y progreso, de una mayoritaria fe en los métodos y en las promesas de progreso científico.

“La mirada del médico y la reflexión del filósofo detentan poderes análogos, porque presuponen ambas una estructura idéntica de objetividad, en la cual la totalidad del ser se agota en manifestaciones que son su significante-significado; donde lo visible y lo manifiesto se unen en una identidad por lo menos virtual; donde lo percibido y lo perceptible pueden ser íntegramente restituidos en un lenguaje cuya forma rigurosa enuncia su origen. Percepción discursiva y meditada del médico, y reflexión discursiva del filósofo; sobre la percepción, viene a unirse en una figura de exacta superposición, ya que el mundo es para ellas la analogía del lenguaje.”¹⁴⁰

La pretensión de esta “nueva objetividad médica” encontraba su fundamento en el reino de las imágenes. Se consolidaba así todo un nuevo orden imaginario. En él se privilegiaban las totalidades, la síntesis, la autonomía, las relaciones duales, y sobre todo, las semejanzas entre todas las cosas. La construcción de una buena forma del cuerpo, donde lo visible y lo narrado se unían íntegramente, y eran propuestos como la garantía última de un saber que avanzaba irremediabilmente hacia en el dominio pleno de los fenómenos orgánicos.

La adhesión férrea a este ideal que homogenizaba los fenómenos clínicos traía aparejado el ocultamiento de toda una serie de estructuras subyacentes en donde se expresaban diferencias singulares. Este era el precio de subsumir los cuerpos a esta gramática de la semejanza mecanicista, que operaba taxonomizando a los sujetos enfermos en grandes grupos patológicos. Constituyendo formas que presentaban una fascinación seductora, una imagen totalizante de lo real, y preconciendo la práctica, en un discurso que se cerraba constantemente sobre su objeto.

La medicina así concebida envolvía a toda su dimensión lingüística, controlando por reducción, la dimensión simbólica del discurso de los pacientes, y haciendo de este ultimo, un

¹⁴⁰ Foucault, Michel, “El nacimiento de la clínica”, siglo XXI editores, México, 1985. pág. 140.

conjunto de significantes en los que inscribir la “propia” experiencia de la enfermedad. Siendo esta acotada en una matriz imaginaria de sentidos, que hacia corresponder los síntomas significantes a una imagen de su etiopatogenia.

No solo la denegación de parte de lo observado -las diferencias significantes que en cada enfermo no tienen sentido para el imaginario médico- es lo que se soslayaba en aras de una objetividad científica, sino también, la mirada del propio médico. En esta operación, su mirada se define desde la singularidad de su narcisismo que se proyecta en los cuerpos de sus pacientes. Como si la garantía de su saber científico asegurara una misma experiencia del cuerpo en cada sujeto. De ahí, deviene el consejo, la receta, la prescripción de formas ideales, las normativas, los preceptos morales, que en definitiva, deniegan la existencia de otro cuerpo inconsciente en el enfermo. Experiencia singular y diferencial cuya dimensión, es también, estructurante de la práctica.

Esta clínica de la mirada llevo a vincular estrechamente lo humano con la naturaleza animal, tal imaginario esta representado claramente en el punto que hace coincidir individuación¹⁴¹ humana y la etología animal. En la actualidad, sobre esta semejanza se sostienen todas las correlatividades biológicas que son la hipótesis base de la gran mayoría de las investigaciones en laboratorio con fármacos, primero aplicadas a animales, y luego a los humanos enfermos.

La negación de una dimensión simbólica del cuerpo se evidencia en la creciente farmacopea de la clínica. Sus consecuencias en la práctica no son menores, al escindir el fármaco del acto médico, se opera reduciendo al paciente a una parcialidad biológica en detrimento de la dimensión simbólica y vivencial de la relación médico-paciente. El fármaco por el mero hecho de ser demandado por un paciente y encontrar a un médico, que desde un lugar reconocido de saber, este dispuesto a responder a esa demanda, tendrá una eficacia que trastocará a la propia condición de la enfermedad. La eficacia del acto médico excede la acción química específica del fármaco, cuando no pocas veces carece de esta, en la eficacia reconocida del placebo.

¹⁴¹ El individuo es la porción mínima (individual) y ultima (indivisible) que representa una especie, una clase, es el lugar individualizable de una totalidad infinita y ahistórica. *El individuo es idéntico a sí mismo en todo momento y espacio.*

El acto médico necesariamente significa toda acción realizada sobre un objeto dentro su práctica, elevándolo a un valor de don. El acto médico transforma a los objetos en un don que es signo de amor o de rechazo, al ser introducidos en la escena fantasmática del paciente que muchas veces se proyecta sobre la práctica. Se engendra una particular significación dadas las condiciones de la enfermedad que reeditarán algún un desamparo originario del sujeto respecto a Otro primordial que vino en su auxilio.

La mirada del médico, cuando solo reconoce un imaginario biológico, atraviesa el cuerpo del paciente para llegar a la lesión. El “enfermo” enturbia el cuadro clínico, por lo que sería necesaria una abstracción de él, para centrarse en la visión de la patología que su cuerpo porta. La mirada despeja las diferencias sintomáticas presentadas por el relato de cada paciente, para hacer diana en la identidad de lo mismo, el signo que lo lleva directo a la etiopatogenia. La mirada operaría como el engranaje de un proceso desubjetivante en la producción de una objetualización del enfermo.

Llevada esta lógica a su extremo cabría suponer la inexistencia de la relación médico-enfermo, por la presencia de una correlación entre el orden médico y su enfermedad. En última instancia el médico intervendría en tanto representante o funcionario del discurso científico que sostiene el orden médico. Quedando su subjetividad suspendida ante la objetividad científica de la que es garante. En cuanto al enfermo, no es él el abordado, sino el hombre supuestamente normal que era y que tendrá que volver a ser, es decir, un hombre que razona con exactitud, lo que quiere decir, que se somete a la razón médica.

La razón médica es un discurso que conforma en hechos médicos elementos que sin él seguirían siendo meramente contingentes e inesenciales. Impone su mirada en el dominio constituido como una ciencia de evaluación de los hechos y disciplinadora de una norma precisa de observación.

El término observación deviene del latín *observare*, que significa conservar alrededor. La observación es *“examinar atentamente. Guardar y cumplir exactamente lo que se manda y ordena. Mirar*

con atención y recato, atisbar."¹⁴² La medicina observa según una norma muy precisa lo que define como hechos médicos, tanto sean, cosas físicas o actos morales. Puede observar y objetivar la naturaleza, los síntomas de una enfermedad o las conductas de los individuos como un mismo continuum. Esta ampliada condición de la observación lleva a las prácticas médicas más allá del campo biológico, para adentrarse en el amplio campo de lo sociológico. Sus juicios de valor no parecieran acotarse a la naturaleza de las enfermedades, sino extenderse con alto grado de compromiso, en la transformación de las relaciones entre los hombres.

El carácter totalizante de la observación del médico inscribiría en su campo toda aquella forma que consigue coherencia diagnóstica, al tiempo que elimina cualquier otro discurso, incluido el del enfermo. Esta operación deja de lado una cantidad de elementos no exentos en si mismos de interés, pero que le son inarticulables en su sistema conceptual, y por lo tanto, no pueden desembocar en ninguna práctica propia del médico. Considerar algunos de estos elementos trastocaría su lugar de observancia científica, por otros, que en ocasiones se presentan a consecuencia del fenómeno transferencial. Afectos que llevan al clínico a transitar lagares que bien podría asignarse a un sacerdote, un padre, un hermano, un juez, un amigo, un amante, etc. Se preserva la identidad del observador a costa de un no reconocimiento de parte del material ofrecido por el paciente.¹⁴³

*"La conquista de la "observación" del enfermo, que es la disciplina fundamental impuesta al estudiante de medicina que se acerca al lecho del enfermo, la disciplina a través de la cual se le juzgará cuando pase sus "clínicas" en la instalación del discurso médico. Su "observación" (es decir, el texto en que consigue lo que ha observado) habrá de recoger todo lo enunciable en términos médicos, y también, por supuesto, ha de excluir todo cuanto no sea enunciable en ese discurso. Su aptitud para mantener ese discurso será juzgado tanto por lo que habrá excluido como por lo que habrá sabido retener. No ha de hablar siquiera de lo que no ha incluido."*¹⁴⁴

La mirada del médico se arraigará con el dominio del campo hospitalario y el campo pedagógico. Se profesionaliza la formación del médico a partir de las nuevas instituciones universitarias, en el marco revolucionario de las nuevas disciplinas del control y administración

¹⁴² Diccionario de la Real Academia Española, vigésima segunda edición. En Internet: www.rae.es

¹⁴³ El psicoanálisis vendrá a invertir esta lógica al reconocer la posibilidad, y la necesidad terapéutica, de que en la persona del analista se proyecten distintos personajes de la vida del paciente. Tales relatos, generalmente de origen infantil, serán interpretados en la escena transferencial.

¹⁴⁴ Clavrel, Jean, "El Orden Médico", ed. Argot, Barcelona, 1983. pág. 91.

de la vida humana. Las instituciones que reúnen la formación en las ciencias médicas adquieren un prestigio desconocido en tiempos anteriores, el valor de su enseñanza y sus investigaciones serán el relevo moderno del carácter rector que ejercían a su momento las ciencias teológicas.

La nueva experiencia clínica y su enseñanza no hubieran sido posibles sin la organización del campo hospitalario. La creación del Hospital General definía un nuevo estatuto del enfermo en la sociedad, reemplazando el viejo hospicio que era el espacio de exclusión asignado por una comunidad a sus enfermos. El nuevo establecimiento promovía el saber, al estar estrechamente ligado a la formación del médico, concretándose en muchos casos como hospitales escuela. Nacerá una nueva relación con la producción del saber, gracias a la articulación entre asistencia, observación, experiencia y registro ordenado de las especificidades mórbidas que se ofrecían en sus salas, sumando a esto, la posterior introducción del laboratorio.

El Hospital General envolvía al enfermo en un espacio colectivo y homogéneo en donde la mirada recubría todos los espacios, esto revoluciona su arquitectura en la segunda mitad del siglo XVIII. Los nuevos espacios institucionalizadores de la mirada médica debían resolver el problema de la total visibilidad de los cuerpos, de los individuos, de las cosas, bajo una mirada centralizada. En el caso de los hospitales este problema presentaba una dificultad suplementaria: era necesario evitar los contactos, los contagios, la proximidad y los amontonamientos, asegurando al mismo tiempo la ventilación y circulación del aire. Se trataba a la vez de dividir el espacio y de dejarlo abierto, de asegurar una vigilancia global e individualizante, y de mantener una separación bien reglamentada entre las personas.

Quien ofreció un modelo arquitectónico para estos nuevos espacios centrados en la visibilidad de los cuerpos es el pensador utilitarista inglés Jeremy Bentham. Proponía una figura arquitectónica que denomina "panóptico" y que estaba destinada a resolver el problema concreto de la vigilancia de los individuos, tanto en las prisiones, las escuelas, las fábricas o los hospitales.

El principio proponía un edificio periférico dividido en celdas, habitaciones, aulas o secciones, cada una de las cuales ocupaba todo el espesor del edificio. Estos espacios tenían

dos ventanas: una abierta hacia el interior que se corresponde con un espacio central de visibilidad absoluta; y otra hacia el exterior que deja pasar la luz de un lado al otro de la celda. Bastaba con situar un observador en el espacio central para el escrutinio colectivo e individual de los ocupantes de cada una de las celdas, que a su vez, se encontrarían aislados unos de otros por paredes.

Bentham concretaba físicamente un modelo de mirada absoluta, en la cual se vigilaba todo desde un punto, sin ser visto y permaneciendo aislado. Su propuesta sostenía que bastaba con que una mirada vigile, para que cada uno, sintiéndola pesar sobre sí, terminase por interiorizarla hasta el punto de vigilarse a sí mismo. Tal vez este sea el fin último de la institucionalización de la mirada médica, no solo la de brindar una asistencia al enfermo, sino que este interiorice una mirada disciplinar sobre sí: para su higiene, sus prácticas sexuales, su alimentación, su control epidemiológico, sus excesos, etc.

4. La norma de los cuerpos.

George Canghilhem es uno de los primeros pensadores que investiga la problemática de lo normal y lo patológico, su trabajo analítico se centra en la historia de la biología y la medicina. Disciplinas, que a su criterio se diferencian de las demás ciencias duras o exactas, por presentar una mayor permeabilidad a procesos exteriores a su propio campo de validación. Estos campos del saber patológico se conformarían respondiendo a exigencias provenientes de lo político, lo jurídico, lo moral, lo económico, lo científico.

La conciencia occidental desde fines del siglo XVII le otorgaba al saber médico gran parte de la autoridad en la distinción entre lo normal y lo patológico, y la capacidad de establecer una discriminación entre lo regular y lo irregular, lo lícito y lo ilícito, lo criminal y lo honesto, lo desviado y lo correcto, la locura y la razón, lo perverso y lo sano, lo natural y lo contranatural, lo moral y lo inmoral, etc. Es el proceso que Michel Foucault denominó la medicalización general de la existencia, ubicando allí el avance normativizante del discurso médico sobre los demás campos disciplinares de la vida moderna.

“La fisiología va a presentarse entonces como la ciencia del hombre normal, aquella colección de constantes funcionales que aparecen como normales en tanto y cuanto designan caracteres promedio. Pero allí se produce un interesante deslizamiento ya que las constantes fisiológicas que son calificadas de normales en un sentido descriptivo –estadístico– lo van a ser también en un sentido normativo –esto es, expresando un ideal terapéutico–. Canghilem encuentra que las ideas contemporáneas sobre la enfermedad oscilan entre esos dos modelos, pero también que entre las distintas significaciones dadas antaño y actualmente el concepto de enfermedad hay algo en común: en todos los casos esas concepciones contienen virtualmente juicios de valor.”¹⁴⁵

El juego de ilusión que suponía el fundamento fisiológico del saber sobre los cuerpos se devela paradójico, planteando una causalidad natural no encontraríamos en esa misma naturaleza diferencias ontológicas entre una forma lograda y una fallida. Por ejemplo, para la química no existiría un estado normal y otro patológico del agua, como para la física no existiría un estado lícito y otro ilícito de la energía. La medicina convertía distintos valores y estados puramente descriptivos de la fisiología, en ideales normativos generadores de líneas divisorias, formas de distribución y modos de diferenciación entre los sujetos sociales. El eje de la patología parecía desplazarse de lo vital a lo social; el criterio usado para aquello que se definía como enfermedad, o más aún trastorno o síndrome, se veía profundamente afectado por juicios de valor normativos que operaban efectivamente en lo social en ese momento dado.

Canghilem rastrea los orígenes del término norma, siendo este proveniente del latín y capaz de ser traducido como escuadra, regla. Modernamente define el conjunto de medidas, formas u otras características que le otorgan a un objeto una calidad uniforme según patrones de racionalización.

“Una norma, una regla, es aquello que sirve para hacer justicia, instruir, enderezar. Normar, normalizar, significa imponer una exigencia a una existencia, a un dato, cuya variedad y disparidad se ofrecen, con respecto a la exigencia, como algo indeterminado, hostil y extraño... Una norma se propone como un posible modo de unificación de una diversidad, de reabsorción de una diferencia, de un arreglo de un diferendo. Pero

¹⁴⁵ Germain, Marisa, “Normal y patológico: problematización de una modalidad de subjetivación y sujetamiento político”, inédito.

proponerse no significa imponerse. A diferencia de una ley de la naturaleza, una norma no condiciona necesariamente su efecto. ¹⁴⁶

La norma tendría como finalidad una tendencia a la buena forma de la razón y a la universalización de esta buena forma, a un ajuste de lo irregular. Esta exigencia la distanciaría del fundamento natural, que partiría de la singularidad del fenómeno y la comprometería en una relación causal positiva. La norma se manifiesta en la corrección de lo dado, en un juicio de valor previo que engendraría su capacidad correctiva. La negatividad del fenómeno daría origen a la regulación, según la lógica normativa el comienzo sería la infracción.

El estado de naturaleza dejaba de ser como se pensaba clásicamente un equilibrio espontáneo entre el mundo y los valores del deseo, estado atemporal desde donde fluía toda historia. El estado de naturaleza pasaba a ser percibido como una condición de inconciencia y caos, que debía develarse a la conciencia de la razón y a las reglas normativas que evolucionaban históricamente.

El término latino *norma* traducía otro griego *orthos*, que definía lo recto, bueno, bien dirigido, derecho, estricto, y era principalmente aplicado al campo regulatorio de la lengua: la ortografía (recto modo de escribir) y la ortología (recta lectura). Pero también precisaba consecuentemente la *ortodoxia*, la opinión recta y verdadera, como la doctrina o ideología que era sostenida y defendida por la mayor parte de una sociedad, especialmente en el terreno religioso, en contraposición a la heterodoxia, u doctrina sostenida por un grupo menor o grupos menores que no comparten tal doctrina o se muestran disidentes de la misma. Deberíamos considerar las consecuencias actuales de esta vertiente etimológica que, como una propiedad muy presente en los procesos modernos de normalización, tiende atribuirse un valor de verdad por el hecho de representar a una mayoría.

La normativización funciona como un proceso que atraviesa los distintos campos técnicos, jurídicos, sanitarios, pedagógicos, sometidos a la exigencia de una representación homogénea, verdadera y complementaria a la vez que totalizante; fundamentalmente vehiculizante de una buena forma de pensar. La unidad virtual que ofrecerían las normas

¹⁴⁶ Canghilhem, Georges, "Lo normal y lo patológico", ed. Siglo XXI, México, 1983. pág. 187.

permite poner en continuidad formas disímiles: los organismos vivos y los órganos sociales, la patología de los tejidos y las formas delictivas que afectan el tejido social. Se puede asimilar el criminal a un enfermo, la condena a una prescripción terapéutica. El cuerpo biológico y el cuerpo social estarían puestos en perfecta continuidad según la ortodoxia devenida del discurso del médico.

“Las disciplinas tienen su discurso creador de aparatos de saber y conocimiento, pero que no es del derecho. El discurso de la disciplina es extraño al de la ley, de la regla como efecto de la voluntad soberana. Las disciplinas sostendrán un discurso que no será el de la regla jurídica derivada de la soberanía, sino de la norma. Definirán un código que no será el de la ley, sino el de la normalización; se referirán a un horizonte teórico que necesariamente no será el edificio del derecho, sino el dominio de las ciencias médicas, y su jurisprudencia será la de un saber clínico.”¹⁴⁷

Las normalizaciones disciplinarias se enfrentarían cada vez más a los sistemas jurídicos de los soberanos, en donde había una suerte de discurso-arbitro con fuerza de ley. Se instaura un nuevo saber neutral, consagrado por la cientificidad de las normas. En el avance social de la medicalización general del comportamiento, las conductas, los discursos y los deseos, podría encontrarse los dos planos heterogéneos de una nueva norma disciplinar y una antigua legalidad soberana.

Michel Foucault precisa que en el siglo XIX se constituye una nueva forma de ejercicio del poder, que él denominará una *biopolítica*. Juntamente el afianzamiento de los estados modernos, que relevaban a los antiguos regimenes, se consolidaba un poder de regulación sobre la vida de los ciudadanos, y una exclusión progresiva de la muerte como el lugar en donde se establecía la soberanía del poder. La gran ritualización pública de la muerte se fue cancelando desde fines del siglo XVIII, haciendo del espectáculo del ajusticiamiento y el absoluto poder del monarca algo que debía ser reducido al ámbito de lo privado; la muerte pasa a ser un tabú, como lo era el sexo, para el ciudadano moderno.

La razón para el ocultamiento de la muerte devenía de una transformación de las tecnologías de poder, extendidas cada vez menos al derecho de hacer morir, y cada vez más, al

¹⁴⁷ Foucault, Michel, “La genealogía del racismo”, ed. Altamira, Buenos Aires, 1996.

derecho de intervenir para hacer vivir. La muerte pasaba a ser entendida como el fin de la vida, el fin del ejercicio del poder, en este sentido, la vida cobraba su justo lugar en el ejercicio soberano del poder del estado. La vida de los ciudadanos debía ser regulada, protegida, diversificada y expandida, siendo uno de fines últimos del estado. De este modo se distinguieron dos conjuntos de técnicas del biopoder. La primera es la anatomopolítica, caracterizada por ser una tecnología individualizante del poder, basada en el escrutar en los individuos sus comportamientos y su cuerpo, con el fin de anatomizarlos, es decir, producir cuerpos dóciles y fragmentados. Se basaba en la disciplina como instrumento de control del cuerpo social, penetrando en él hasta llegar hasta sus átomos. Las herramientas anatomopolíticas son la vigilancia, el control, intensificación del rendimiento, multiplicación de capacidades, el emplazamiento, la utilidad, etc. El segundo grupo de técnicas de poder era la biopolítica, la cual tiene como objeto las poblaciones humanas, como grupos de seres vivos regidos por procesos y leyes biológicas. Se definen tasas conmensurables de natalidad, mortalidad, morbilidad, movilidad en los territorios, control epidemiológico, etc. Con ellas se promueven políticas regulatorias para las grandes masas de ciudadanos y la planificación de su evolución. De este modo, según la perspectiva foucaultiana, el poder se tornaba mas materialista y menos jurídico, ya que ahora debía tratar directamente con el cuerpo y la vida, el individuo y la especie.

El avance del biopoder y sus técnicas, conformaron una verdadera revolución en la historia de la especie humana, La vida era invadida y gestionada por el poder, lo que fue fundamental para la expansión del capitalismo, creando los instrumentos para la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción. Mediante un ajuste constante y planificado de los fenómenos poblacionales a los procesos económicos se generó una expansión inaudita en la acumulación de capital.

Como expresamos anteriormente, la unidad virtual de las normas ponen en continuidad la naturaleza y lo social, pero abrían al mismo tiempo un problema ontológico. Por un lado, los organismos vivos seguían reglas que le son inmanentes a su propio funcionamiento, al modo de no obrar en forma calculada ni deliberada. Por el otro lado, la organización social parecía no poder ajustar la multiplicidad de sus componentes, debiendo constantemente definir reglas, prohibiciones, normas que no les son inmanentes.

“De modo tal que mientras la organización vital parece realizar de modo espontáneo la convergencia de sus partes en el todo, la organización social debe enfrentar siempre el problema –irreductible– de la convergencia o no de las normas paralelas, siempre ortopédicamente impuestas desde esos órganos sociales diferenciados. Esto implica que para la sociedad no hay terapéutica posible, dado que no podría conocerse el estado de salud – planteado como norma inmanente al organismo social-. Las normas sociales podrían ser reveladas a partir de instrumentos como la teoría del cálculo de probabilidades propuesta por Quetelet¹⁴⁸, pero estas dan cuenta de un estado de cosas existentes de hecho, pero no de un canon al que la sociedad debería ajustarse.”¹⁴⁹

El médico hallaba en el concepto de promedio estadístico un equivalente objetivo y científicamente válido a las leyes inmanentes de lo vivo, para fundar la norma. Se presenta la estadística como el nuevo campo de validación del saber y de determinación de los hechos positivos. De este momento en adelante se podía diagnosticar, clasificar y prescribir, sin necesariamente tener que abordar el fenómeno biológico singular para la definición de lo patológico. Así nacían las categorías conceptuales de trastornos o síndrome, como un conjunto de síntomas y signos que establecían una individualidad clínica de uniformidad razonable a la mirada del médico. Visión ya no fundada en lo real de un tejido sino en la repetición estadística de los síntomas, de las conductas o de valores fisiológicos que los acompañaban. La sociedad aparecía como el producto de la aplicación del método estadístico-probabilístico, ello posibilitó medir cuantitativamente los efectos de una masa de comportamientos individuales.

Adolphe Quetelet fue quien formuló el concepto de “*hombre medio*” o “*hombre tipo*” como la construcción abstracta de un individuo inexistente, que resulta del promedio de los atributos de los hombres. Este hombre comprendía el intervalo que se grafica con lo que se denomina “Curva de Bell” o “Campana de Gauss” abarcando, por ejemplo, al 95% de las personas de un universo dado. La normalidad se presentaba, entonces, como una categoría de señalamiento de lo propio y lo impropio, a partir de los umbrales de normalidad y los espacios de desvío. Se nombra lo común, la mayoría, lo estándar, lo más frecuente, lo acostumbrado, para establecer parámetros de medición y modelos a alcanzar. La norma como promedio estadístico desistía de

¹⁴⁸ Lambert Adolphe Jacques Quételet (1796-1874) fue un astrónomo y naturalista belga, también matemático, sociólogo y estadístico. Aplicó métodos a conjuntos y es reconocido como uno de los padres de la estadística moderna, fue el primero en la utilización del método estadístico al estudio de la sociología.

¹⁴⁹ Germain, Marisa, “Normal y patológico: problematización de una modalidad de subjetivación y sujetamiento político”, inédito.

ser un juicio de realidad, no se correspondencia con un hecho, un objeto o una persona de la realidad, para ser un juicio de valor: la definición de un valor ideal que paradójicamente, para una ciencia positiva, esta vacío de referencia objetivada.

Lo normal, y por consiguiente, lo sano era un juicio de valor cuya regularidad adquiere una significación prescriptiva: “como son todos es como se debe ser”. El sujeto normal es entonces un prototipo de aquel hombre medio imaginado por Quetelet, contra el que todos seremos medidos, evaluados, señalados y convenientemente clasificados. En este sentido, la normalidad se circunscribe a las posibilidades de inscribirse en lo común, de adherir a las prescripciones sociales, y responder a un deber ser. Se instauran conductas esperadas, relaciones esperadas, deseos esperados, amores esperados, odios esperados, aprendizajes esperados, hijos esperados, porque expresan la medida de todas las cosas: la normalidad es la medida del mundo. Nos encontramos así, con la dimensión productiva de las normas, y todo el espacio prescriptivo del error.

El termino “*error*” aparece a mediados del siglo XX para designar una perturbación cuyo origen debía ser buscado en el desvío de la función fisiológica de un mismo organismo y no en un agente externo. La enfermedad estaba en la desmesura de la respuesta orgánica, en su mal cálculo, en la liberación tóxica de sustancias almacenadas en los propios tejidos, como por ejemplo lo son las alergias o el stress. El ideal estaría determinado por la herencia genética, nombre moderno de la sustancia. La salud es la corrección genética y enzimática promedio. La enfermedad ya no tiene relación con la responsabilidad individual o colectiva, como el caso de las epidemias. La patología como error genético de condición innata, ya no es una herida producida por un agente externo, ni siquiera una maldición, como pensaban los antiguos, sino el malentendido de una lengua genética.

Canghilhem presentaba hace más de cuarenta años un futuro fantástico: ¿por qué no imaginar una medicina que salga a la caza a los genes heterodoxos?, al modo de una inquisición genética.

“Como se sabe, tales fantasías no son sólo fantasías para algunos biólogos de obediencia filosófica, si cabe hablar así, muy diferente. Pero soñando tales sueños se penetra en otro mundo —que limita con el Mundo Feliz de Aldous Huxley- en el cual han sido eliminados los individuos enfermos, sus enfermedades singulares y sus

médicos. Se representa la vida de una población natural como una bolsa de lotería y como si la verificación de la regularidad de los números que está contuviese fuese la tarea asignada a funcionarios delegados por la ciencia de la vida, antes de que se permitiese a los jugadores sacarlos de la bolsa para llenar los cartones.

En el origen de este sueño está la ambición generosa de aborrrarle a seres vivos inocentes e impotentes la atroz carga de representar los errores de la vida. En el punto de llegada se encuentra a la policía de los genes, respaldada por la ciencia de los genetistas. Sin embargo, no sacaremos de esto la conclusión de que es obligatorio respetar una especie de “dejar hacer, dejar pensar” genético, sino sólo de que es obligatorio recordarle a la conciencia médica que soñar con remedios absolutos significa a menudo soñar con remedios peores que la enfermedad.”¹⁵⁰

Muchas de las investigaciones hoy financiadas en el campo del orden médico, y las hipótesis que las justifican, parecen corroborar tales fantasías. Se ha operado con un reduccionismo absoluto de la polisemia causal de las patologías en beneficio de una nueva panacea: el genoma. Todo el orden médico avizora allí su futuro, y remarco el término orden médico, como la continuidad teórica y metodología entre la medicina, en general, con la psiquiatría y la psicología, en particular¹⁵¹. Misma continuidad entre anatomía patológica y psicopatología.

5. La demanda psicopatológica.

Un año después de la “lección de anatomía del Dr. Tulp”, un acto filosófico situaba el comienzo de la modernidad. Se nos narraba la escena de René Descartes frente a una estufa elucubrando sus “Meditaciones Metafísicas”. El acto que fundaba el sujeto de la conciencia, centro de todas las líneas de la modernidad. Un acto que dotaba al yo de una potencia inaudita, de una plena identidad de su razón, de una unidad indivisible. Pero tal unidad para los iluministas debía establecerse necesariamente sobre una exclusión, la forma de un negativo. De este modo la locura hace su aparición como la forma concreta a discriminar, como el objeto privilegiado de las argumentaciones. La locura en el siglo XVII se instituía como la forma privilegiada de la exclusión, el emblema de lo sin lugar. ¿Pero por qué el loco? ¿Por qué aquel

¹⁵⁰ Canghilhem, Georges, “Lo normal y lo patológico”, ed. Siglo XXI, México, 1983. pág. 226.

¹⁵¹ ¿O deberíamos hablar directamente de neurociencias como relevo definitivo de todos estos campos?

que hasta ese momento había pertenecido a una de las varias formas de lo extranjero a la comunidad junto al bárbaro, el leproso, el monstruo, el hereje, el infiel o el esclavo es puesto en el centro de la escena iluminista? La respuesta debemos encontrarla en un fundamento discursivo-ideológico que enlaza conciencia, razón, soberano, ciudadano y Estado moderno.

El iluminismo definía la razón como la última garantía de verdad, al menos la última accesible antes de adentrarse en el campo de lo teológico. El sujeto moderno se debía delinear en el campo de la razón, como aquel que dispone de una conciencia de sí. Sobre la luz de la razón, como en el tenebrismo, convenía definirse también las sombras de la sinrazón.

Por otro lado, el Estado moderno que advendrá fruto de las nuevas ideas, hará caer el criterio monárquico de soberanía, es decir, se constituirá cuando el soberano sea el pueblo desplazando al monarca. La idea de pueblo es una significación básica que la soberanía del Estado moderno adopta para sí, y es solidaria a la idea de ciudadano. ¿Por qué? El pueblo solo es el conjunto de todos los ciudadanos, de aquellos capaces de hacerse representar en su soberanía. Ciudadano es aquel hombre educado, no bárbaro, que dispone ante todo de una conciencia, y de ella emana la capacidad absolutamente imprescindible de hacerse representar.

La conciencia era la sustancia ineludible para hacer desempeñar la soberanía del pueblo en el Estado. Se es ciudadano de un pueblo en la medida en que se disponía de conciencia o razón, y esto pasaba a ser una “*cuestión de Estado*”, en ello iba el ejercicio mismo de su soberanía.

*“Así la soberanía no puede estar mezclada con la locura; por eso si el pueblo es soberano, los locos tienen que estar afuera. La locura individual, el inconsciente, tiene que estar reprimido. Allí donde no puede estar reprimido, debe estar encerrado. La locura debe estar encerrada. Es una cuestión de soberanía. Por eso el manicomio es una institución básica del Estado, más básica que la escuela. Por eso el manicomio procede a la primera exclusión, a partir de la cual después son posibles algunas inclusiones.”*¹⁵²

Ya hemos analizado el origen de los procesos de normalización, sus protocolos serán claves en el dominio de la subjetividad, en la construcción de sus nuevos criterios de delimitación, control y exclusión de la razón. Ante el problema de la normatividad de lo

¹⁵² Lewkowicz, Ignacio, “Pensar sin Estado”, ed. Paidós, Buenos Aires, 2003. pág. 99

“mental” advendrá la nueva psicopatología médica, y su respuesta tendrá una forma bifronte: un rostro orientado a la normalidad social, y el otro, a una psicopatología individual.

El siglo XIX es el momento en que los locos pasaron a ser patrimonio y problema de la nueva medicina alienista de Pinel y Esquirol, cuya búsqueda se adentraba en las esencias argumentativas de una enfermedad mental. El afán taxonómico, al modo del herbario de Linneo, llevaba a estos “jardineros de la locura” a circunscribir todos los síntomas posibles de la patología mental, como si el detalle y la extensión de las descripciones pudiera por sí solo arribar a ese sustrato biológico de la locura, que indudablemente debía existir, como había sucedido con el descubrimiento de la etiología de la sífilis. Prematuramente se evidenció el fracaso del proyecto, las respuestas más sustentables terminaban girando en torno a las causas morales de la locura, y esto, nos los diferenciaba mucho de las antiguas explicaciones de las enfermedades del alma, una raigambre ontológica poco confiable para un médico.

Así aquello que fue en un principio una preocupación por el delirio, la alienación mental, y una definición ontológica de la sinrazón, fue desplazándose a los problemas morales, el comportamiento, las desviaciones, las anomalías, y fundamentalmente, al control o el encierro de lo anómalo. La psiquiatría surgió designándose un status médico en la definición de las enfermedades mentales, pero prontamente su preocupación por las causas de la enfermedad es desplazada hacia una demanda social que la instituía en la administradora de lo anómalo. Los síntomas ya no se describían y organizaban en relación a una enfermedad, sino simplemente como síndromes que en cierta forma valían por sí mismos, como síndromes de anomalías. La psiquiatría expresaba su evolución en la consolidación de síndromes bien especificados, autónomos y reconocibles, pero que en el fondo se desentendía de todo pathos médico.

¿Qué sostendría a la psiquiatría con algún derecho en el campo médico? ¿Qué forma podría tener una lesión mental aún invisible a su discurso? La figura del degenerado mental, tratará de reubicar los problemas. La constitución de este personaje de lo psicopatológico, es la de aquel portador de un estado heredado de anomalías, pero no es un enfermo. La medicalización de lo anormal, dejaba a un lado la terapéutica de la enfermedad, para atribuirse la función de la protección y orden de lo degenerado, que por definición no tuvo estado de normalidad, y por consiguiente, la cura para él es inexistente. El degenerado es portador de un

peligro que no es pasible de castigo y se presenta, por condición, incurable. Con esta argumentación la psiquiatría alcanzó el derecho de referirse a cualquier estado, desviación, déficit o retraso de la degeneración, dejando de lado lo enfermizo, y actuando directamente sobre el campo de las conductas hereditarias y definitivas, cuyo poder ya no intenta curar sino administrar, protegiendo al resto de la sociedad de los peligros de los que puede ser víctima. La psiquiatría *“se convierte en la ciencia de la protección científica de la sociedad, la ciencia de la protección biológica de la especie”*.¹⁵³

La atención que el psiquiatra ponía en la descripción de los signos conductuales iba en detrimento de la búsqueda de un asentamiento de la enfermedad, esto hacia que su racionalidad fenomenológica se agotara en la construcción de nosografías poco confiables. Este detalle no escapaba a la crítica de muchos médicos, que marcaban la incompatibilidad entre el “saber” psiquiátrico y la “ciencia” médica. Las nuevas ciencias de la mente¹⁵⁴ nunca fueron aceptadas de buen grado por el orden médico, es por ello la constante necesidad de resaltar algún “nuevo descubrimiento” sobre el carácter orgánico de algún tipo de locura o de afirmar la inminencia de un saber o de una técnica terapéutica que las integrase de hecho y de derecho en el olimpo de la validación médica.

¿Hasta que punto las funciones cumplidas por las prácticas psiquiátricas, y psicológicas posteriormente, responden a demandas disciplinares? ¿Qué grado de validación biológica pueden tener estos sus criterios de intervención? A esta altura de los acontecimientos podemos afirmar que poco queda de científicidad médica en estas prácticas, es el propio aparato clasificatorio el que define y legitima únicamente las intervenciones. Detrás de la ilusión de una continuidad y homogeneidad de lo clasificado, se teje una red de remiendos etiológicos según criterios descriptivos, sintomáticos, conductuales, orgánicos o formas de acceso, tipo de droga, edades, intensidad, etc.¹⁵⁵

¹⁵³ Foucault, Michel, “Los anormales”, ed. Fondo de cultura económica, Buenos Aires, 2007. pág. 294.

¹⁵⁴ El término “mente” opera como el semblante de una consistencia argumentativa alrededor del cual se establecerían todas las nosografías. Sin embargo, para sus ciencias específicas permanece como un objeto inasible, en las cuales su arsenal de nociones ideológicas muchas veces no vas allá de lo que se podría reconocerse por medio del lenguaje vulgar.

¹⁵⁵ Para un mayor desarrollo ver: Braunstein, Néstor, “Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)”, parte I, ed. Siglo XXI, México, 1985.

“...a pesar de que este manual proporciona una clasificación de los trastornos mentales, debe admitirse que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto «trastorno mental»...

A pesar de estas consideraciones, la definición de trastorno mental del DSM-IV es la misma que la del DSM-III y la del DSM-III-R, ya que es tan útil como cualquier otra definición y, además, ha permitido tomar decisiones sobre alteraciones ubicadas entre la normalidad y la patología, que deberían ser incluidas en el DSM-IV. En este manual cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.”¹⁵⁶

El cuadro taxonómico designa y ubica los objetos de su práctica, objetos que por el solo hecho de ser predicados adquieren un juicio de existencia. Los trastornos como la “homosexualidad”, el “alcoholismo”, la “esquizofrenia hebefrénica” o la “perturbación no socializada de la conducta” existen en el marco de un espacio común que los define y transforma según los tiempos sociales. Estos espacios operan como una red simbólica omnicompresiva y preexistente que se anticipa a toda conducta individual que pueda llegar a ser un problema para el propio individuo o para otro.

Poco queda en la psicopatología de aquella objetividad médica que se respaldaba en la materialidad de los cuerpos físicos. El objetivismo de sus cuadros no hace mas que enmascarar su absoluta subordinación a las demandas disciplinares de la sociedad moderna.

6. La escena charcotiana.

¹⁵⁶ DSM-IV “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”, ed. Masson, Barcelona, 2002. Introducción, pág. XXI.



*"Charcot no era un pensador, sino con una naturaleza de dotes artísticas, un "visual". Acostumbraba considerar detenidamente una y otra vez aquello que no le era conocido y robustecer su impresión sobre ello hasta un momento en el cual llegaba de súbito a su comprensión. Ante su visión se ordenaba el caos del retorno de los mismos síntomas, surgiendo los nuevos cuadros patológicos, caracterizado por el enlace de ciertos grupos de síndromes. Charcot defendía los derechos de la labor puramente clínica, consistente en ver y ordenar."*¹⁵⁷

"Una lección clínica en la Salpêtrière" es el cuadro de André Brouillet (1857-1920) que nos traslada 250 años hacia delante. La acción se desarrolla en el citado Hospital de Paris, cuya construcción fue ordenada por Luis XIII y estuvo destinada en principio a un arsenal de armas. Luis XIV lo convirtió en Hospital en 1656 para el encierro de los pobres mendigos de París. Para el momento de la representación ya era el famoso "Hospice de la vieillesse femmes", que llegó a albergar a más de cuatro mil mujeres internadas.

¹⁵⁷ Freud, Sigmund, *Charcot (1893)*, *Obras Completas (tomo III)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002, pág. 7.

El centro de la escena lo ocupa el doctor Jean Martín Charcot desarrollando una sesión de hipnosis. Estas sesiones eran la “teatralización” por medio de la cual él ofrecía sus clases sobre la neurosis histérica a su selecto grupo de alumnos. Fue el propio Charcot quien diseñó la composición del cuadro y eligió a los personajes que debían ser representados.

A su costado, y eje de todas las miradas, encontramos en éxtasis a la joven Blanche Wittmann ejecutando los cuatro periodos de la histeria mayor, mientras el Dr. Joseph Babinski¹⁵⁸, enternecido, la sostiene de sus zonas histerógenas. Bella, autoritaria y caprichosa, así la describían a Blanche, también era conocida como la reina de las histéricas. Ella era el prototipo de la "histeria de cultivo", capaz de desplegar hipnotizada frente a un público los diferentes estadios de las crisis epileptoides. Estadios que se podían desencadenar con el simple tacto de sus dos zonas histerógenas situadas en dos puntos simétricos, un poco hacia afuera de los senos y casi bajo las axilas. La interrupción de la rigidez se lograba con la aplicación de una compresión en la zona de los ovarios.

La mirada masculina sigue siendo sinónimo de cientificidad, pero su narrativa ha variado respecto del cuadro anterior. Primero su objeto se ha desplazado del cadáver a lo vivo, que se presenta en el cuerpo femenino. Lo resaltado en la dirección de las miradas, y fundamentalmente en la iluminación pictórica, es el torso de Blanche que contrasta con el resto de los cuerpos. Allí esta su belleza, sus hermosos senos expuestos, y toda su enfermedad actuada. De lo muerto a lo vivo, del cadáver a la mujer, de la disección a una teatralización, de la anatomía a la escena sexual.

La mirada atenta, y claramente direccionada al objeto, de gran parte de la historia de la neurología y la psiquiatría francesa¹⁵⁹ esta representada en el cuadro. No hay mediación de

¹⁵⁸ El Dr. Joseph Babinski (1857-1932) fue discípulo predilecto de Charcot, y por entonces su Jefe de Clínica. Es considerado uno de los fundadores de la neurología moderna, es quien describió el clásico signo de Babinski y elabora posteriormente la teoría del pitiatismo como explicación de la etiología histérica.

¹⁵⁹ Paul-Marie-Louis-Pierre Richer (1849-1933), quien prosiguió la línea de estudios del maestro sobre la histeria, en particular los concernientes al hipnotismo. Charles-Samson Féré (1852-1907) jefe de laboratorio y gran investigador del sistema nervioso. Pierre Marie (1859-1940). Jefe de la clínica de Charcot en la Salpêtrière y secretario en su consultorio privado. Fue, junto con Babinski, sucesor del maestro en la vertiente neurológica. Describió una gran variedad de síntomas y enfermedades que llevan su nombre. Georges Gilles de la Tourette (1857-1904), su fama se debe a la descripción de la enfermedad de los tics compulsivos que lleva su nombre. Gilbert-Louis-Siméon Ballet (1853-1916) se ocupó de la historia de la medicina mental. Fue cofundador de las sociedades de Neurología y de Psiquiatría y presidente de la Sociedad Médico-Psicológica. Désiré-Magloire Bournéville (1840-1909), de reconocida actividad dentro del periodismo científico y en la actividad política, fue un defensor tenaz de la laicización de los hospitales. Théodule Ribot (1839-1916) fue el filósofo a quien se considera el verdadero fundador de la psicología francesa. Alexis Joffroy (1844-1908), publicó con su maestro una serie de trabajos sobre el papel trófico de las células motoras de la médula y del bulbo. Fue el primer titular, en la

ninguna literatura médica que ejemplarice lo visible, pareciera representarse una mirada en proceso de investigación, de búsqueda, que no sigue lo escrito. Un ver en los albores de un saber, solo guiado por la voz del maestro y que van registrando los alumnos en sus notas.

Se invierte el sentido, en tanto direccionalidad y proceso de significación, del ver al registro, a lo que antes era de lo escrito a lo visible. No puede establecerse esa correspondencia entre la buena forma del saber médico y su objeto, que nos guiaría en su juego especular. Solo nos guía la capacidad clínica, las dotes artísticas del maestro, donde aún no hay saber técnico se impone el arte del médico. Las formas se invierten: de una mirada indirecta que encuentra el detalle, hace diana en la lesión, a una visión directa que debe registrar la totalidad caótica de una escena en busca del detalle ordenador. El retorno, de alguna manera, a esa contemplación ingenua que había sido destituida por las exigencias del método científico.

En las dos pinturas sigue existiendo lo que podríamos definir como tres formas del ver: la de los alumnos, la del maestro y la de los cuerpos observados. Los maestros posan su mirada fuera del cuadro, hacia un punto exterior, de fuga, como si en su exposición estuvieran visualizando aquello que los personajes y nosotros mismos como espectadores desconocemos. Estos los eleva por sobre el resto, los inviste de sabiduría, de una forma paternal que nos guía en la acción presentada en sus manos, el otro elemento desatacado. Las manos y los ojos del maestro representan ese ideal médico que une la sabiduría de quien ve más allá de las apariencias con la destreza práctica, técnica, expositiva.

Los alumnos centran sus miradas en lo dado por la escena, develando su genuino interés por aprender y saber reconocer, representando el deseo del médico. Son la mirada de la ciencia, de aquel que sigue su método, su asepsia, su higiene, su apatía en tanto carece de asco, pudor u otro sentimiento que lo desvíe de su genuina búsqueda. La única excepción es el Dr. Babinsky, y con él se devela algo ajeno, extranjero, indeseado: una mirada tierna. ¿No es acaso un gesto amoroso? ¿No nos anticipa aquello que el psicoanálisis describe como la transferencia amorosa

cátedra de Clínica de las Enfermedades Mentales y del Encéfalo. Y por último, representado junto a la ventana, el neurólogo Jean-Baptiste Charcot (1867-1936). Médico que llegó a ejercer con reconocimiento su profesión hasta la muerte de su padre, para consagrarse a su verdadera vocación: la marina. Realizó innumerables exploraciones oceanográficas en las regiones polares, tanto es así, que una isla antártica lleva su apellido. Murió en el naufragio de su barco.

entre paciente y analista? ¿La escena seductora que envuelve a Babinski, no es acaso la misma a la que se verán confrontados Freud y Breuer en sus primeros estudios sobre la histeria¹⁶⁰?

La carrera posterior del alumno dilecto de Charcot sería, en cierto modo, la negación de la escena pintada por Brouillet. Borró el nombre mismo de la histeria para sustituirlo por el neologismo de pitiatismo, del griego pheito: persuado. También Pheito es una divinidad del cortejo de Afrodita, con quien a veces se confunde, personificando la apariencia, el engaño y la seducción. Esta negación, ¿no sería en el fondo la reacción a la seducción de que fue objeto él mismo? Él seducido por Blanche habría de ser un empedernido solterón.

Las miradas de los alumnos son la articulación entre la posición del maestro, y lo que podríamos denominar la mirada ciega del objeto. De aquella mirada vacía del cadáver cubierta por la sombra de la muerte, a la de la histérica que cierra los ojos, alineada en su propio éxtasis. Dos huellas de lo imposible de mirar, uno la muerte, la otra el sexo. La muerte y el sexo es aquello que no tiene representación acabada en el inconsciente, aquello destinado a metaforizarse y a desplazarse constantemente en sus formaciones. Son las dos significaciones metaforizadas en el deseo de ver de los personajes en cada obra pictórica. La narrativa se irradia desde los cuerpos iluminados, un resplandor que de algún modo ciega, operando como una “mancha” en la escena. En tanto, sugieren lo imposible de ver de su propio lugar representativo.

Uno de los objetos mirados está muerto, pero el otro habla y eso fue registrado. ¿y que se “escucho” más allá de lo visto? El relato de una escena traumática, originaria, de indisimulable sexualidad. El relato de un suceso infantil de la historia de la paciente histérica, que como generalidad, aparecía seducida sexualmente por un mayor. El objeto habla, y si es escuchado, nos revela otra visión que ya no se posa en las apariencias del presente, la presentación sintomática. Sino en el relato que nos construye una escena del pasado. Suceso que en un principio se creyó como realmente acaecido, y años después Freud interpretó como una fantasía, sin quitarle su valor de fuerza traumática. En donde encuentra su límite la mirada médica empieza a develarse la mirada fantasmática que escucha el psicoanálisis.

¹⁶⁰ Freud, Sigmund, *Estudios sobre la Histeria (1893-5)*, *Obras Completas (tomo II)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002.

El interés de este trabajo no es el de un análisis de las cualidades pictóricas de las dos obras. Pero me atrevo a expresar la indudable maestría técnica y compositiva de Rembrandt por sobre la de Brouillet. Aunque en este último hay una profundidad expresiva dada por la presencia femenina que el primero carece. La representación de la diferencia sexual en una pintura sobre la anatomía humana ubica el tono necesario de relevación y enigma. La anatomía no se representa como una, asexual, sino en todas las resonancias de la diferencia sexual y su teatralización deseante.

La exuberancia de Blanche¹⁶¹ tiene la contraparte razonable en la enfermera jefe del servicio de Charcot, mademoiselle Marguerite Bottard¹⁶², representada con el ademán de detenerla. Es interesante como es representada una mujer como centro y enigma del sexo, y otra mujer como contrapeso narrativo, atenta al exceso, como garante de la higienización de la sexualidad. Una que despierta la pasión, que libera erotismo ante tantos hombres, rebelde a sus dominios, y la otra, servicial, fiel, entregada a una vocación que deriva de la religiosa y es su primer relevo. ¿No es esta última una forma materna? Parecieran estar representadas una corriente sexual y una corriente tierna, desexualizada de lo femenino. Son las mismas corrientes descritas por Freud como inconciliables, que devienen del acatamiento de la prohibición del incesto en el niño, y que posteriormente serán el núcleo de las fantasías sexuales masculinas. Inconciliables, pero representadas en el cuadro en una tensión en que dialogan, enfermedad e higiene, sexo y prohibición, deseo y ciencia, mujer y madre.

Hasta el advenimiento de la neurología moderna los términos neurótico o neuropático eran calificativos que se daban a aquellas personas cuyos síntomas, quedaban por fuera de toda explicación puramente mecanicista o fisiológica. Toda explicación etiológica se reducía a la

¹⁶¹ Blanche egreso del Hospital poco después de la muerte de Charcot. Sus crisis cesaron como la moda científica de las histéricas, y al igual que todas las pacientes de esa *belle époque* renegaba de su pasado. Años después retornó a la Salpêtrière pero bajo otras condiciones, se reincorporó trabajando primero como empleada del laboratorio de fotografía, y luego, en el de radiología. El fin de Blanche Wittmann fue muy doloroso al sufrir el "cáncer de los radiólogos", debido a su último trabajo, tuvo que ser sometida a varias amputaciones en ambos brazos, sin que reapareciera la sintomatología histérica de su juventud.

¹⁶² Esta mujer, de devoción y fidelidad extraordinarias, es el paradigma de las enfermeras que se casan con una institución y sobre las cuales reposa, de hecho, todo el funcionamiento hospitalario. Nació en 1822 y antes de cumplir 19 años ingresó a la Salpêtrière, donde haría una larga carrera de más de 60 años. A veces permanecía, se dice, de dos a tres años sin salir. Fue enfermera en los servicios de varios alienistas, y entre 1862 y 1893 en el de Charcot. Cuando cumplió 50 años de servicio, en 1891, el director de la Asistencia Pública la tomó como el modelo de las enfermeras laicas que debían sustituir en los hospitales al personal religioso. Ésta no fue su única condecoración: en 1898 se le otorgó la Legión de Honor. A los 79 años se jubiló y se retiró a la Salpêtrière!, pues desde los tiempos del cardenal Mazarino los empleados del Hospital General que hubieran trabajado más de 20 años tenían derecho a ser albergados y alimentados allí durante el resto de su vida.

mera nominación de “desequilibrio nervioso”, o directamente a una “pantomima”, término médico que disimulaba la directa imputación de mala fe, de simulación por parte del paciente de sus síntomas. La medicina científica rehusaba la responsabilidad de su tratamiento y devolvía a los pacientes a sus casas si eran pobres, o de vacaciones, si tenían dinero. Eran enfermedades imaginarias que la medicina no podía comprender, relegando su tratamiento al universo de los paramédicos: magnetizadores, hipnotizadores o meros charlatanes.

El factor psíquico en la génesis y la evolución de las enfermedades no era algo que se desconociera en la medicina, pero su importancia era accesorio. Permanecía al margen del examen puramente clínico, no era una cuestión de ciencia, más bien, era parte de la sabiduría médica que tenía en cuenta no olvidar nunca el apoyo moral de todo enfermo para un mejor tratamiento. Este saber no se asentaba en el discurso científico, sino en los códigos sociales y principalmente en las invocaciones de tipo religioso, esto pertenecía a la “experiencia humana” del médico, que era una palabra de sentido diametralmente opuesto a la experiencia científica. Recibir confesiones, tranquilizar, calmar, motivar, reconciliar, aconsejar, eran también tareas a las que el médico era convocado al margen de sus técnicas científicas¹⁶³.

Pero como nos lo recuerda Freud, la labor de Charcot fue revolucionaria, elaboró un proyecto de investigación basado en la observación detallada de los síntomas, el estudio sistemático de su evolución y la clasificación de los múltiples cuadros. Así fue enriqueciéndose lo que él llamaba un "museo patológico viviente"; un espacio anatomopatológico establecido gracias a las autopsias obligatorias y constantes, junto al trabajo de laboratorio. Es así que en sus primeros años precisó las características de la parálisis agitante que se conoce como enfermedad de Parkinson; al año siguiente describió el aneurisma miliar; en 1865 la paraplejia dolorosa y la esclerosis lateral amiotrófica que lleva su nombre. En 1866 identificó la esclerosis en placas, en 1867 describió el reblandecimiento cerebral, al año siguiente, las artropatías tabéticas que los propios ingleses llamaron Charcot's Disease. Entre 1870 y 1880 realizó trabajos sobre la afasia y las localizaciones cerebrales; describió también la amiotrofia distal progresiva (enfermedad de Charcot-Marie) y la poliomielitis.

¹⁶³ Las psicologías y las técnicas de “motivación” modernas han encontrado seguramente en esta función su lugar terapéutico.

La creación de la Cátedra de Neurología, en enero de 1882, fue el reconocimiento oficial que la República francesa otorgó al creador de la entonces nueva especialidad médica. Su servicio se constituyó en un modelo para el mundo entero, y lugar de peregrinaje para todo aquel que quisiera formarse en su técnica. Charcot era el nuevo maestro del pensamiento digno de clausurar el siglo XIX, de manera tan brillante, como Pinel había clausurado el XVIII. Con esta neurología recién sistematizada se inauguró lo que algunos historiadores han llamado la segunda Escuela de la Salpêtrière, que pocos vínculos tenía con la primera, la de los alienistas del inmenso asilo.

La nueva escuela restablecía el fundamento médico de una etiología orgánica, por ello tanta esperanza centrada en ella. La neurología, por necesidad y legitimidad, debía absorber todos los esfuerzos de quienes quisieran poseer un conocimiento acabado de lo mental. La fuerza de sus descubrimientos devolverían la psicopatología al seno de la medicina general. El espíritu triunfante, que había generado la gloria de Charcot, iba a entrar en crisis prematuramente con el tropiezo histérico.

El tropiezo empieza con el traslado de las histéricas del asilo al hospital, ya no eran más locas sino enfermas, y por consiguiente, debían ser tratadas por un neurólogo y no por un alienista. Sus cuerpos pasionales devienen en un territorio visible, en tanto, son objeto de una disputa metodológica que terminará definiendo las fronteras de los distintos saberes médicos. Las histéricas logran ser liberadas condicionalmente del campo de la locura.

*“Charcot habría propuesto un negocio a la histérica: “voy a hacer de ti una verdadera enferma, te voy a sacar tu mala fama de simuladora, pero con una condición: que regules tus síntomas.” Charcot, neurólogo, reclama constancia, y no caprichos, para poder universalizar la lectura de los síntomas... las crisis debían ser ordenadas y regulares, codificables en referencia al gran modelo de las crisis epilépticas, y así surgió la histero-epilepsia diferenciable de la sintomatología epiléptica clásica, por sus movimientos ilógicos, sus actitudes pasionales, (lúbricas y de temor) y por sus momentos de delirio.”*¹⁶⁴

¹⁶⁴ Capurro, Raquel, "psicopatologizar o psicoanalizar", Revista de psicoanálisis nro.01, ELP, Montevideo, 2008. Pág. 89.

Fue abrir la caja de Pandora, no solo las histéricas se ofrecían gustosas a la teatralización de la mirada médica, desbordando de éxito a la propuesta de Charcot. Sino que rescribieron el guión que él mismo les ofrecía: sobreactuaban, desbordaban de imágenes sus indagaciones, sus cuerpos se estremecían de sensaciones. Mostraron todo su pathos, solo que este era un pathos antiguo.

Pathos (πάθος) es un vocablo que en la antigua Grecia refería al sufrimiento humano, a la afección existencial propia del ser en el mundo. Significaba también pasión, desenfreno pasional no patológico que era inducido en una persona. En la medicina antigua denominaba al afecto pasional o dolor sensible que producía el órgano enfermo. Era etimológicamente lo opuesto a *ergón*, trabajo, remarcando la oposición entre el hacer laboriosamente y el experimentar pasivo. Pathos era también pasión en el sentido de pasividad, receptividad ante la afección y el padecimiento. Otra acepción era: “paso, pasaje, marchar, andar, camino ruta”¹⁶⁵, que ubicaba al pathos como el pasaje necesario en la catarsis de la cura.

Desde los orígenes de la clínica médica las pasiones y la enfermedad estuvieron profundamente emparentadas. Las pasiones eran enfermedades del alma, como las enfermedades son las pasiones del cuerpo, prolongándose unas a otras, suscitándose unas a otras. Esto llegó a constituir una patografía de gran aplicación entre los practicantes de la medicina antigua, que hacía coincidir los males corporales y los vicios del alma.

Esta era la pasión que dominaba a las histéricas y conformaba sus estigmas en el cuerpo. Los estigmas o conversiones, como posteriormente los nombraría Freud, eran vividos como sensaciones de un profundo dolor o una anestesia total de la zona afectada. El cuadro definía un dolor psíquico que asignaba funciones anómalas al sistema nervioso. Los pacientes desconocían absolutamente las causas del padecer que evidenciaban, pero a pesar de ello, se los tildaba de simuladores. Charcot revierte esta visión, interpreta sus cuadros como el resultado de perturbaciones postraumáticas, y no meras simulaciones. La inducción hipnótica fue el

¹⁶⁵ Diccionario Vox- Griego, Español, ed. Bibliograf, Barcelona, 1993. pág. 462.

método regulado que permitía restablecer nuevamente la conexión entre los traumas y los síntomas presenten.

Para Charcot, como para muchos otros psiquiatras de su época, especialmente Briquet, la histeria era una enfermedad producida por la acción incisiva de una idea o de una representación psíquica fuertemente cargada de afecto. Detengámonos un momento en la reconstrucción de esta lógica: si la representación es fuerte, es decir si representa una sensación intensa, excesiva, entonces tendrá el inmenso poder de trasponerse brutalmente a la realidad del cuerpo y de manifestarse en forma de síntoma somático. Una idea penetraba en la psique permeable de la persona cobrando un elevado valor afectivo, y al modo de una autosugestión, el cuerpo ejecuta inmediatamente el contenido de la idea. Como existía en el acto efectivo de caminar el pensamiento "siento que camino", también podía instaurarse, por medio de un trauma, la idea "ya no puedo caminar" en una parálisis motriz. El sufrimiento corporal histérico resultaba de la encarnación plástica de una idea o, más exactamente, de la traducción a la lengua del cuerpo de una frase gramatical afirmativa o negativa originada en un trauma. Partiendo de esta hipótesis, Charcot se abocó a la elaboración de la concepción de trauma psíquico.

“¿Qué es un trauma para Charcot? Es algo: un acontecimiento violento, un golpe, una caída, un temor, un espectáculo, etc., que provocará una suerte de estado hipnótico discreto, localizado, pero a veces de larga duración, de modo que, a raíz de ese trauma, en la cabeza del individuo entrará una idea determinada, para inscribirse en la corteza y actuar como si se tratara de una conminación permanente.”¹⁶⁶

Un acontecimiento traumático era capaz de adquirir valor lesional por su condición de estar inscripto en una idea mental inaccesible a la conciencia del paciente. Con utilización de la hipnosis se llegaba a develar esta idea, al tiempo, que se restablecían las condiciones de obediencia del paciente al saber del médico y se evitaba toda posibilidad de simulación. Todo estaba listo para que se develara el trauma lesivo a la mirada. Cuando la batalla contra las fuerzas naturales estaba por ganarse, la gran sorpresa: la irrupción de la sexualidad femenina. Una erótica que saltaba a la vista de esos hombres, manifestaciones que resultaban inadmisibles

¹⁶⁶ Foucault, Michel, “El poder psiquiátrico, ed. Fondo de cultura económica, Buenos Aires, 2007. pág. 371

para el maestro, y que solo sus discípulos fueron capaces de documentar en los márgenes de sus notas.

El gran teatro de la mirada médica se vio invadido por un bacanal sexual que no debía verse, ni decirse. Lo que suponía un cuerpo dócil a la demanda, termina desbordándola. En donde se suponía la existencia de “un” trauma, se desplegaba una sobredeterminación de sucesos que reactualizan sin cesar una misma crisis. Donde se esperaba ver una lesión, se escucha una pasión.

Las últimas definiciones de la histeria, a la muerte de Charcot, fueron revisitadas por el Dr. Babinski. La subsumió a la categoría de pitiatismo, del griego peithos (persuasión) y iatos (curable). Se reavivaba la idea de simulación, anulando todo camino a una etiología sexual. Babinski emprendía el camino de la refundación de la neurología moderna como un dominio de la semiología lesional, pero antes que ello, había que dinamitar la enseñanza de Charcot y sus investigaciones sobre la histeria. Se devolvía las histéricas a la psiquiatría, sus actuaciones volvían al campo de la locura, pero ya no había más escenario ni espectadores, solo encierro físico y luego control farmacológico. Fue en definitiva un triunfo efímero de la pasión sobre lo muerto de la ciencia.

La herencia de Charcot se bifurca en dos caminos bien disímiles. Uno con Babinski hacia una clínica que enmudece los cuerpos detrás de la relevancia del sistema nervioso. Otro con Freud, testigo atento de la gran batalla de la Salpêtrière que enmudeció al maestro¹⁶⁷. Un joven médico vienés, que posteriormente, también librará su propia batalla: la de parir un nuevo discurso científico capaz de escuchar esos cuerpos hablados por sus propias superficies eróticas.

7. Hay medicina porque los hombres se sienten enfermos.

¹⁶⁷ “Supongo que recordarán un episodio ocurrido en el invierno de 1885-1886, cuando Freud cursaba con Charcot y una noche, invitado a la casa de este, lo escuchó estupefacto decir en un aparte a otra persona: “Ah, la histeria: todo el mundo sabe que es un asunto de sexualidad”. Y Freud comenta la observación de esta manera: “Cuando lo escuché me sorprendí mucho y pensé: pero si lo sabe, ¿por qué no lo dice?”... La única posibilidad para Charcot era justamente no ver y no decir.” Foucault, Michel, “El poder psiquiátrico, ed. Fondo de cultura económica, Buenos Aires, 2007. pág. 377.

“Erixímaco nos dice, traducción textual, que la medicina es la ciencia de las eróticas del cuerpo. No se puede, creo yo, dar mejor definición del psicoanálisis.”¹⁶⁸

En el contexto de la escasez de recursos terapéuticos de su época, Freud inició su práctica, y durante un breve periodo creyó encontrar una verdadera orientación en su camino como médico. Este camino se orientaba en la búsqueda de un medicamento eficaz, en el descubrimiento de un poderoso remedio que pudiera enfrentar una extensa serie de afecciones, aún aquellas que se consideraban funcionales por no presentar lesión orgánica aparente. Esto lo lleva a investigar una sustancia cuyas propiedades eran consideradas una verdadera panacea científica: la cocaína. La experiencia termina en un fracaso rotundo al descubrirse tiempo después los efectos tóxicos de su empleo terapéutico.

La entusiasta relación que Freud estableció con la cocaína estaba marcada por la necesidad de un rápido éxito profesional, la angustia por una incertidumbre económica y la adhesión a un ideal médico sin restricciones. Tal vez sea esta la razón que justifique expresiones autobiográficas posteriores, en las que se definía como un hombre carente de una genuina inclinación hacia la medicina, o el no haber sido nunca un verdadero médico. Lo que si esta claro, es que este primer fracaso lo obliga a buscar una nueva orientación a su profesión y en su encuentro con Charcot esta tendrá un inicio. Freud quedó deslumbrado con su nuevo maestro, tanto que tradujo personalmente sus lecciones al alemán, a uno de sus hijos le puso el nombre de Martin, escribió su elogio fúnebre en Viena y reconoció siempre la deuda intelectual que tenía con él. "Nadie me ha impresionado tanto", escribió.

La experiencia en Francia abrió a sus ojos una nueva condición del acto médico: como un lugar donde puede revelarse un saber que cura, pero ese saber novedoso vendría producido desde el enfermo. El nuevo campo es delineando desde su primer artículo científico, “Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas”. Allí se revela la existencia de un cuerpo femenino ajeno a la ciencia patológica y a su terapéutica, hecho de representaciones subjetivas, preñado de dolores anómalos, y que fundamentalmente, desempeña funciones que transgreden todas las leyes esperables de un órgano biológico.

¹⁶⁸ Lacan, Jacques, “Seminario 8: La Transferencia”, ed. Paidós, Buenos Aires, 2004. pág. 87.

“... la lesión de las parálisis histéricas debe ser completamente independiente de la anatomía del sistema nervioso, puesto que la histeria se comporta en su parálisis como si la anatomía no existiese o como si no tuviese ningún conocimiento de ella.

Muchos de los caracteres de las parálisis histéricas justifican en verdad esta afirmación. La histeria ignora la distribución de los nervios, de este modo no simula la parálisis periférico-espinal o de proyección. No conoce el quiasma de los nervios ópticos, y por tanto, no produce la hemianopsia. Toma los órganos en sentido vulgar, popular del nombre que llevan: la pierna es la pierna hasta la inserción de la cadera, el brazo es tal como se dibuja bajo los vestidos.”¹⁶⁹

Los síntomas eran fragmentarios y selectivos, se podía paralizar un sector bien delimitado de un miembro motriz y combinarlo con cualquier otro sector de la anatomía. Una absoluta trasgresión de todas las leyes regulares de lo que podría ser una hemiplejía común orgánica, que paraliza los miembros superior, inferior y facial de un mismo lado del cuerpo. Otra propiedad de la sintomatología histérica era la tendencia a reproducir sus síntomas con la mayor intensidad posible, a la vez que limitadamente. Una parálisis orgánica nunca es intensa y limitada a la vez en sus formas de presentación clínica.

La anatomía histérica plantea diferencias inconciliables con la anatomía orgánica, su orden se modela con experiencias táctiles y visuales de las pacientes, y fundamentalmente encuentra su recorte de la materialidad del discurso vulgar. Hay un corrimiento de la relación síntoma-órgano, a una relación síntoma-palabra. El significante recortado por la histérica en su goce del cuerpo constituye una anatomía que no respeta nervios ni fibras.

Las parálisis mostraban una zona afectada excluida de toda asociación que el yo de los pacientes pudiera establecer. La parálisis histérica tendría su origen en la abolición asociativa de una representación, tal representación le asignaría un excesivo valor afectivo a la zona del cuerpo que le corresponda, siendo percibida por los sentidos del paciente como dolor o absoluta anestesia. De modo tal que una función orgánica queda abolida a causa de su asociación con un valor afectivo no conciente: es esta la primera formulación freudiana de un mecanismo psíquico como central en la etiología de la neurosis, y el antecedente del modelo de la defensa.

¹⁶⁹ Freud, Sigmund, *Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas* (1888), *Obras completas (tomo I)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002. pág 206.

Freud se abre camino en los límites del campo médico extrayendo un nuevo discurso de la experiencia con la enfermedad, una subversión que podría ubicarse en tres niveles: el objeto, el cuerpo y el saber. Por una parte, se define la caída del lugar central del objeto médico, ya sea en la forma de un medicamento, una orden, una prescripción o una sugestión hipnótica. Se hace lugar al despliegue de la demanda del paciente pero sin responder presurosos con un objeto a su solicitud. La única herramienta disponible en la relación medico-paciente es la libertad de la palabra que deberá realizarse en la transferencia, siendo el analista el único objeto y soporte de la práctica terapéutica.

En segundo lugar, fue el descubrimiento de un cuerpo anómalo, erógeno, expresión extensiva de toda una serie de acontecimientos traumáticos en la historia del paciente, cuyos trastornos demuestran regirse según representaciones subjetivas, antes que encarnar las leyes científicas que lo determinan. El cuerpo como escena de otra verdad que articula la palabra y el Otro.

Finalmente, la transposición del saber desde el lugar del médico al enfermo, subvirtiendo la objetualización discursiva que la “maquinaria medica” instituye sobre el paciente: cuando su racionalidad es puesta en suspenso, su capacidad de juicio y de decisión sospechadas, y su posición se emparenta temporalmente a la del insensato o el niño. Esta subversión solo es posible en tanto el analista permite su propia objetualización, la palabra y su dimensión de saber inconsciente en el paciente permite el despliegue de toda una serie de objetos fantasmáticos que se reactualizarán en la persona del analista.

El invento freudiano sacudió de cuajo a la psicología, sacándola del lugar asignado que tenía como rama de la filosofía o como teoría médica-psicopatológica, para fundar una práctica novedosa en la historia de la humanidad. Novedad que no se contenta con la especulación intelectual, ni con una práctica destinada a eliminar el pathos de una existencia en el mundo. Ni tampoco se corresponde con la finalidad de responder a las demandas disciplinares en la readaptación de los sujetos a la norma.

La nueva práctica reescribe la antigua tradición médica de los “clínicos”, término que designaba al visitante del enfermo que guardaba cama (kline). Durante largos periodos de la historia el médico tuvo ese lugar, la de ser el receptor de las demandas de los pacientes causadas por el sufrimiento. Su función no era necesariamente la cura, sino también la de acompañar a su paciente en el proceso, en el transe, en los rituales con los que se conjuraba a la enfermedad.

El nuevo dispositivo invita a hablar al síntoma, en tanto, hilo articulador de una serie de demandas reprimidas y actualizadas en la presencia del médico. Esta clínica permite al sujeto apropiarse de aquello que pulsa en su cuerpo y/o en su imaginación, reincorporando a su existencia de símbolos, ritos, prácticas, pasiones, aquello escindido en su cuerpo sufriente.

Para Canguilhem la definición de una patología del hombre normal es el resultado de la falta de confianza en la naturaleza. El hombre se ha apartado de su condición y su condicionamiento natural, hay una brecha abierta entre el hombre y la naturaleza que es el lugar que ocupa lo psíquico en la modernidad.

El psicoanálisis acentúa esta brecha abierta por el pathos, el aparato psíquico revela la vertiente inédita de un sujeto que escapa de los dominios del conocimiento, promoviendo una lectura más allá de los límites de lo fenoménico. Una clínica que no sutura esta brecha con la normalización, sino acompaña al sujeto en el develamiento de un deseo inconsciente expresado en el cuerpo porque aún no ha adquirido otra existencia simbólica.

8. La otra lógica.

*“Del psicoanálisis a la medicina hay una articulación necesaria, vale decir una articulación que no cesa de escribirse. Y que alcanza, por ello, una dimensión sintomática. Lo que significa que la relación entre psicoanálisis y medicina no solamente es histórica, sino que responde mas ampliamente, a una razón estructural”.*¹⁷⁰

¹⁷⁰ Pujó, Mario, “Lo que no cesa del psicoanálisis a su extensión”, ed. del Seminario, Buenos Aires, 2001. pág. 81.

La patología médica es el establecimiento de una norma configurada desde un ideal. La salud constituye un ideal, recordemos al hombre promedio de Quetelet, y la enfermedad como una desviación del mismo. El enfermo es alguien que se ha apartado de un valor promedio. Podríamos decir entonces, que el estado de salud para la medicina es un estado nunca alcanzado, aquello imposible de reflejar acabadamente en la realidad de una existencia.

Valga de ejemplo la definición de salud establecida por la Asamblea Mundial de la Salud en el preámbulo de su constitución de 1946, y no enmendada hasta nuestros días. *“La salud es un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad”*¹⁷¹.

La definición presupone un universal abstracto, como si lo físico, lo mental y lo social fueran cuestiones objetivamente especificables y se articularan en una armonía carente de tensión. Se representa una figura de un gran estatismo, sin variancia ni movilidad, carente de toda temporalidad y espacialidad. Habría “una” salud en términos ideales, para cada población, para cada época y cada situación. Sin bien parte de la medicina actual cuestiona esta definición de salud, al reconocer modulaciones históricas y de los contextos sociales, políticos y económicos, no deja de establecer normativas que se comportan a la manera de ideales.

Lo normal y lo patológico son términos absolutamente dialéctizados por el campo del psicoanálisis. Si lo supuestamente patológico del síntoma neurótico es producto de un conflicto entre instancias psíquicas, también habría que establecer que los mismos conflictos establecen la tensión supuestamente normal de la constitución del aparato psíquico. Patológicamente normal o normalmente patológica, en definitiva, son categorías profundamente afectadas a la luz de los descubrimientos del psicoanálisis.

Desde sus comienzos, el psicoanálisis descubrió el conflicto psíquico y rápidamente hizo de éste el concepto central de la teoría de las neurosis. Definió al conflicto como constitutivo de lo humano y articulador de su lógica: conflicto entre el deseo y la defensa, conflicto entre los diferentes sistemas o instancias, conflictos entre las pulsiones y el yo, conflicto edípico, conflicto entre el deseo y su prohibición. El síntoma se erige como expresión de estas

¹⁷¹ Referencia extraída de: www.ops.or.ar/Def_salud_OMS

tensiones siendo una formación transaccional o de compromiso, al tiempo que una formación sustitutiva, si se pone el acento en su disposición para la satisfacción de un deseo inconsciente.

“La importancia que hemos de reconocer a la cantidad de libido en la causación de la enfermedad coincide a maravilla con dos de los principios analíticos de la teoría de las neurosis. En primer lugar, con el de que las neurosis nacen del conflicto entre el yo y la libido, y en segundo, con el que afirma que entre las condiciones de salud y las de las neurosis no existe diferencia cualitativa alguna, resultando que los sanos han de luchar también por alcanzar el dominio sobre su libido, si bien lo consiguen mas perfectamente.”¹⁷²

Se parte de un estado de conflictividad que subvierte todo supuesto origen ideal de un estado cero de salud. La salud estaría en las acciones que cada persona pueda ejercer con su propio estado de conflictividad. La salud no está atrás como ideal intemporal y la enfermedad como aquello que advino producto del desvío. Sino es exactamente a la inversa, el principio es el malestar en tanto la existencia en la cultura nos exige renunciamentos pulsionales, que nunca cesarán. La salud estaría en el horizonte, en la capacidad de los sujetos para sublimar estas exigencias, en la posibilidad de hacer de la demanda pulsional el motor deseante de nuestra capacidad de amar y trabajar, como establece Freud en “Malestar en la Cultura”, y que no tenga esta un destino sintomático, inhibitorio de nuestras capacidades deseantes.

El ejercicio de la práctica del psicoanálisis se complica precisamente por carecer de criterios de salud universales, este es un estado que va a depender de la invención de cada sujeto. Por otro lado, como hemos dicho, hay enfermedad en tanto alguien se siente enfermo, hace de eso su demanda, una exigencia singular y no un patrón universal. El analista no tiene porque responder a la demanda social de una clasificación normativa de la enfermedad, exigencia que si recae sobre el orden médico. El debe constituirse transferencialmente en el receptor de aquellas demandas frustradas en la historia del paciente, sostenidas generalmente detrás de una demanda social.

“La razón pragmática de la modernidad se instala sobre un absurdo lógico: de la reducción del sujeto a aquello, precisamente, que es su contrario: el objeto.

¹⁷² Freud, Sigmund, *Sobre los tipos de contracción de neurosis* (1912), *Obras completas* (tomo XII), ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002. pág. 244.

*Pues el sujeto no es el ser alienado en el mundo de los objetos y sus signos, sino el ser configurado por las palabras simbólicas que pronuncia. Palabras que sostiene frente a lo real y palabras que, en tanto son pronunciadas a la vez que dadas, terminan por surcar lo real, introduciendo en ese caos que lo constituye cierto, sin duda frágil pero por eso tanto mas inapreciable, surco. Ese surco que es el relato a partir del cual la experiencia —que, desde luego, no puede ser otra que experiencia de lo real— puede lograr configurarse como biografía y como historia: encontrar sentido y, en esa misma medida, merecer la pena —es decir: dar sentido a esa pena, al dolor de esa experiencia.”*¹⁷³

El Saber del orden médico se sostiene y existe en un discurso que ostenta una pura objetividad científica, producto del don de la observación, virtud por excelencia del médico que han heredado por filiación los psiquiatras y psicólogos. Funciona en el desconocimiento del discurso que lo constituye, se ignora lo que ha producido ese saber, las influencias históricas y de poder que lo atraviesan. La explicación por el don de la observación de los grandes genios de la medicina, esconde cualquier otro análisis de los procesos de un descubrimiento. En muchos casos el puro pragmatismo con que se actúa reduce a la producción teórico-discursiva a la función de soporte contingente e ideológico del pensamiento.

Tomemos un ejemplo de este pragmatismo de la objetivación, la genética es el estudio de la transmisión de la información necesaria para la constitución del animal (o del hombre), tanto en el nivel morfológico como en el de sus posibilidades de adaptación y reproducción. De todos modos, este saber no puede homologarse con el saber del orden médico, todo razonamiento por absoluta analogía sería engañoso o particularmente denegatorio. El único soporte del saber científico son las leyes de lenguaje que definen históricamente su propio discurso.

La experiencia del psicoanálisis revela esta experiencia del discurso, donde se pone en evidencia más que en ninguna otra parte, el hecho de que decimos más de lo que sabemos, y esto se nos revela a posteriori. El problema se desliza del sujeto que enuncia el discurso al sujeto contenido en el discurso mismo. De ahí proviene la jerarquía del saber particularmente notable en la escucha de una enfermedad. El enfermo supone que el médico sabe más que él

¹⁷³ González Requena, Jesús, “Los Tres Reyes magos”, ed. Akal, Madrid, 2002. pág. 123.

de su organismo, promoviéndolo a la función de “sujeto-supuesto-saber”¹⁷⁴. Cuando realmente el elemento constitutivo de esta la jerarquía es el “no-saber” sobre su cuerpo, su condición de enigma vehiculizador de una demanda inconsciente. Esta es la ley de circulación del discurso que ubican al médico en el lugar de ejercer un dominio sobre un real esencial que permanece inaccesible.

Jacques Lacan nos demuestra que el saber no puede ubicarse en ningún sujeto en particular, sino como la condición de la instalación de una relación transferencial. La suposición de un saber al analista debería advertirnos de su escisión entre su saber particular y el que se le atribuye. En otras palabras, comprender que él solo ocupa la posición de alguien en quien el analizante presume un saber, y de esto que se le atribuye, no sabe nada. Solo hace semblante de algo que causa al paciente en su discurso, y allí su verdadera función terapéutica, el de ser investido como el semblante en un objeto que cause el deseo en el enfermo.

El camino de la cura se inicia con la inversión de las posiciones, analizado y analista, enfermo y médico, objeto y sujeto del saber. Así como la histeria era el objeto de Charcot, y por condiciones imprevistas en su saber, lo hablado científicamente pasó a hablar. El objeto de una práctica se instituye en sujeto de una enunciación, cuando esa misma práctica demuestra la castración de su saber. El joven Freud tomo nota de esta inversión clínica, tanto, que no dudó en afirmar que aquellas histéricas le habían develado el verdadero camino hacia las causas de la enfermedad psíquica.

El objetivo terapéutico propuesto por Freud era conseguir el levantamiento de la amnesia infantil, en rigor este no era un objetivo terapéutico propiamente dicho, ya que la curación, o mejor dicho, las modificaciones sintomáticas y estructurales eran un beneficio por añadidura. Es la demanda del paciente lo que sostiene la búsqueda del material reprimido, no sólo en el curso de las entrevistas preliminares sino también en el curso de la cura. La búsqueda no se limita a los acontecimientos que han sobrevenido en la vida del paciente, y particularmente, en su primera infancia. La búsqueda se dirige, sobre todo, a poner en evidencia su organización fantasmática, en una permanencia que anuda su historia con su vida

¹⁷⁴ Los psicoanalistas no debieran olvidar que sus pacientes los colocan de entrada en ese sitio instaurado por generaciones de médicos.

actual. Como aquella organización dada a ver por los relatos de Blanche, esa mujer de los ojos bien cerrados.

El psicoanálisis subvierte toda identificación a un ideal, ya sea este técnico, científico, filosófico, humanista, o ideológico. Subvierte el lugar de Amo, como el hacedor del ideal, y se presenta como el reverso de todas aquellas psicoterapias que supongan cualquier tipo de consejo o sugestión. No hay dudas que muchos analistas no han hecho otra cosa que retomar estas posiciones, considerando que su función consistía en darle al paciente la teoría exacta de su organización libidinal o determinar la cura como una identificación al yo del analista. El psicoanálisis no es un cuerpo doctrinario pedagógico, sino un conjunto de pautas que permiten al analista escuchar al paciente. Este sufre por no poder decir lo que tiene que decir, por no poder representar sus pulsiones sino bajo la forma de sus síntomas. La interpretación no es la enunciación de una doctrina exacta, sino la puntuación de las encrucijadas donde se detiene y se desvía la enunciación del deseo.

El orden médico es portador de una norma de implementación que el paciente deberá aceptar para acceder a la cura que ella determine. El psicoanálisis no propone un modelo ideal de cura, esto no lo excluye de trabajar en un campo de normas. Ese espacio es el delimitado por los conceptos de superyo e ideal del yo, que funcionan como dos caras de una misma instancia. Herederas del Complejo de Edipo, que tienden a garantizar una satisfacción narcisista juzgando y censurando, estableciendo una constante auto-observación del yo en comparación con su ideal. Los ideales se formaron con la interiorización temprana de las exigencias y prohibiciones parentales, que obligaron al niño a renunciar a sus deseos incestuosos.

¿No es acaso la instancia superyoica una inscripción subjetiva de una normatividad? Como Freud observa a propósito de la neurosis obsesiva, en una comparación análoga entre actos obsesivos y las prácticas religiosas, como formas generadoras de síntomas.

“Puede decirse que quien padece de compulsión y prohibiciones se comporta como si estuviera bajo el imperio de una conciencia de culpa de la que él, no obstante, nada sabe; vale decir, de una conciencia inconsciente de culpa, como se puede expresarlo superando la renuencia que provoca la conjunción de esas palabras.”

“De acuerdo con estas concordancias y analogías, uno podría atreverse a concebir la neurosis obsesiva como un correspondiente patológico de la formación de la religión, calificando a la neurosis como una religiosidad individual, y a la religión, como una neurosis obsesiva universal. La concordancia más esencial residiría en la renuncia, en ambas subyacente, al quehacer de unas pulsiones dadas constitucionalmente.”¹⁷⁵

Es claro que las prácticas religiosas, como todas las prácticas sociales, comportan procesos normativos, juicios de valor. Su génesis impulsa a la renuncia de los deseos sexuales generando la conciencia de culpa, una angustia expectante, y en consecuencia una tentación inextinguible. La subjetivación de las normas esta indisolublemente integrada a los mecanismos formadores de síntomas. Desconocer esta condición propia de la constitución del aparato psíquico, sometiendo a los pacientes a procesos adaptativos devenidos de nuevas normas psicopatológicas, no hace mas, que cronificar sus síntomas.

9. No hay relación normal entre los cuerpos sexuados.

El psicoanálisis abrió una nueva vía de subjetivación en el campo de la práctica clínica, como una alternativa posible al discurso objetivante de la razón científica. Su análisis se centró propiamente en los desechos de esta razón, a los que denominó formaciones del inconsciente. Sueños, actos fallidos, chistes, negaciones y síntomas cambiaron la localización de la psicopatología introduciendo la sexualidad en su lenguaje.¹⁷⁶ Esta nueva psicopatología inicia un acercamiento a las paradojas de la histeria, su insatisfacción, su demanda, su goce anómalo. Tomando como eje de su análisis los mitos (Edipo, Narciso) establece formas irreconocibles para el logos moderno. Mitos y sexualidad establecían un impasse insalvable con la razón normativa.

La sexualidad femenina abrió esta brecha, basta con escucharlas, para reconocer el abismo que se abrió entre la explicación biológica y normativa que la medicina daba de la sexualidad y los nuevos descubrimientos de la clínica freudiana: bisexualidad constitutiva en los

¹⁷⁵ Freud, Sigmund, *Actos obsesivos y prácticas religiosas (1907)*, *Obras completas (tomo IX)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002. pág. 109.

¹⁷⁶ Freud, Sigmund, *Psicopatología de la vida cotidiana (1901)*, *Obras completas (tomo VI)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002.

niños, una pulsión sexual sin objeto natural predeterminado, la primacía del falo en la elección sexual.

La subversión de la sexualidad humana revelada en la experiencia clínica demandó una teorización que dejó muchos caminos abiertos. Caminos que Freud mismo muchas veces, y gran parte de sus continuadores, reconducieron a la biología. Nos valen de muestra postulados que establecen una meta sexual normal, madurativa y total de la pulsión¹⁷⁷ o que el yo se constituye a partir “del complemento libidinoso del egoísmo inherente a la pulsión de autoconservación, de la que justificadamente se atribuye a todo ser vivo.”¹⁷⁸

Tal vez la remodelación teórica emprendida por Jacques Lacan nos permita establecer una clara disyunción entre el saber médico y el psicoanalítico.

*“Lacan, al dejar caer la naturaleza supuestamente complementaria de hombres y mujeres, deja caer al mismo tiempo de lógica que divide al ser vivo entre normal y patológico. En ambos casos se supone silenciosamente un mundo, un dato cerrado, bien circunscrito, que luego se divide vistosamente en dos partes opuestas y complementarias, con la imparable consecuencia de que, estar ausente de un lado equivale a estar presente del otro”.*¹⁷⁹

Las divisiones sexuales como las psicopatológicas siguen un mismo destino en la lógica clasificadora de lo normal y lo patológico. Una pretensión lógica de universalidad para todos los individuos en tanto constituidos biológicamente de genitales y mente. Lacan no ignora este doble vector que atraviesa toda la psicopatología moderna, y ubica al síntoma como el elemento que deconstruye tal pretensión normativa. El síntoma como la irrupción de un goce fálico anómalo que se despliega en la medida en que no hay relación proporcional entre los sexos.

“No hay relación entre los sexos” es la famosa fórmula lacaniana, en ella se condensan algunos puntos claves para nuestro análisis. El primero, no existe ninguna relación directa, inmediata, instintiva entre las posiciones sexuales masculinas y femeninas, porque toda la

¹⁷⁷ Freud, Sigmund, *Tres ensayos de teoría sexual* (1905), *Obras completas (tomo VII)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002.

¹⁷⁸ Freud, Sigmund, *Introducción del Narcisismo* (1914), *Obras completas (tomo XIV)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002. pág. 71.

¹⁷⁹ Le Gaufrey, Guy, “El notodo de Lacan”, ed. Cuenco del Plata, Buenos Aires, 2007. pág. 108.

sexualidad esta marcada por el significante. Toda sexualidad, incluida la heterosexual, no es ni natural, ni normativa, en tanto todo sujeto debe atravesar los avatares de una identificación simbólica a un Otro originario para tener acceso a ella.

Segundo, no existe reciprocidad o simetría entre las posiciones masculina y femenina. En el orden simbólico no hay ningún significante de la mujer que corresponda simétricamente a los que simbolizan el sexo masculino. Un solo significante, el falo, gobierna la relación entre los sexos, de modo que la relación no puede escribirse acabadamente.

Tercero, la asunción de una posición sexual esta determinada por la particular normatividad que instituye el atravesamiento del niño por el Complejo de Edipo. Tal experiencia no es armoniosa, sino que desnuda pasiones, rivalidades, envidias entre hombres y mujeres. El amor, y su tendencia a la completad imaginaria, es el afecto destinado a velar estas pasiones reprimidas.

Cuarto, las pulsiones sexuales no se dirigen hacia una persona elegida como objeto amoroso, a la totalidad de su ser, sino a objetos parciales en ella representados. No hay ninguna relación dual, sino entre dos y un objeto parcial representado fantasmáticamente en el cuerpo del otro. El objeto parcial, objeto a, es puesto en juego como suplemento de la no relación entre los sexos. Suplemento que intenta suturar un desfasaje al mismo tiempo que denuncia su existencia irremediable. Este suplemento no es otro que lo que se revela como un síntoma.

El síntoma es la respuesta de compromiso a la imposibilidad planteada, y al mismo tiempo un llamado. ¿A quién? A ese Otro inconsciente para que responda aquello que no me fue revelado: que soy sexual y mortalmente. El orden médico tiende a responder a la demanda de cura¹⁸⁰ con el objetivo de suprimirla, aspira a la remoción de los síntomas. El psicoanalista toma el relevo de este llamado, metaforizado en un síntoma, para darle un tratamiento que lo desplace a otro destino.

¹⁸⁰ Como hemos analizado el objeto específico de la medicina es la enfermedad, es evidente que ella puede ser explicada en función de una reacción del organismo a determinados agentes patógenos. Pero no es menos cierto que toda enfermedad, por mas orgánica que sea, confronta al sujeto con el dolor, el sufrimiento, la decadencia corporal, la eventualidad de la muerte, reactivando sus fantasías primordiales.

*“Trabajo subjetivo de cifrado, visible en las formaciones del inconsciente cuyo sentido sexual pareció agotar la lectura de Freud. No así la de Lacan que, al localizar la dimensión de goce atrapada en esas formaciones articuló también allí su función de obstáculo a que pueda escribirse el rapport sexuel, la supuesta armonía proporcional de los sexos. Las formaciones del inconsciente cifran un borde al sin-sentido de aquello que no cesa de escapar a la escritura y que hace presente, a la vez, y cada vez, esa oscura dimensión operante que Freud llamó castración.”*¹⁸¹

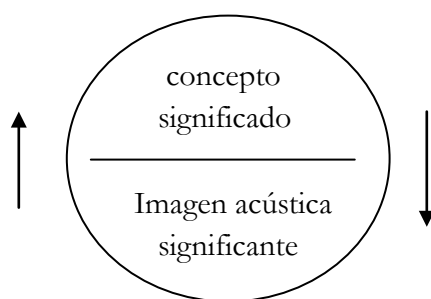
La castración como la incapacidad del sujeto de encontrar en el campo del Otro una garantía para su goce, haciendo de la identidad sexual una condición precaria, fuente de una indagación continua. La castración no referida a la eliminación o amputación efectiva del órgano sexual, sino a la proliferación significativa con miras a proveer una respuesta al enigma del goce, cuyo anverso se presenta de “inexistencia de la relación sexual”. La castración como la imposibilidad de una escritura que restablezca una relación complementaria y armoniosa con el Otro sexo. La castración como aquello que debe ser reconocido en la práctica, en tanto, no hay un metalenguaje psicopatológico superador de los malentendidos del discurso amoroso. Los síntomas están hechos de la tela de estos malentendidos, de las pasiones que se revelan e infectan la relación terapéutica. He allí el campo de la subjetividad, el de una clínica posible, donde la infección de las pasiones libra su batalla con los espíritus normalizadores siempre dispuestos a inmunizarlas.

¹⁸¹ Capurro, Raquel, "psicopatologizar o psicoanalizar", Revista de psicoanálisis nro.01, ELP, Montevideo, 2008. Pág. 103.

Dos lógicas de lectura semiológica.

1. El signo, una herencia Saussuriana.

Saussure y su teoría del signo marcan un punto ineludible para la mayoría de los trabajos sobre la lengua en el campo de las ciencias humanas. En términos generales define como signo a la asociación resultante de dos términos: el concepto y la imagen acústica, o también denominados, significado y significante respectivamente. El signo se compone de estas dos caras que se corresponderían unívocamente.



El signo lingüístico se conformaría como una entidad biplanica que no puede tomarse aisladamente en sus términos, es la unión y la reciprocidad de aquello que lo define. Tal relación no se presentaría idénticamente en las distintas lenguas. Saussure da el ejemplo de la palabra “buey”, para este significado habría distintos significantes que le corresponderían, en otras tantas diferentes lenguas: bwèi, böf, oks, etc. La arbitrariedad sería la propiedad que define la relación entre significado y significante.

“La palabra arbitrario necesita también de una observación. No debe dar idea de que el significante depende de la libre elección del hablante (ya veremos luego que no está en manos del individuo el cambiar nada en un signo una vez establecido por un grupo lingüístico); queremos decir que es inmotivado, es decir, arbitrario con relación al significado, con el cual no guarda en la realidad ningún lazo natural.”¹⁸²

¹⁸² Saussure, Ferdinand de, *Curso de Lingüística General*, ed. Losada, Buenos Aires, 1945. pág. 131.

Partimos de esta bipartición del signo. Ahora bien, y en esto reside lo esencial, respecto de lo cual el texto enuncia pero no se detiene en sus consecuencias; ¿qué se entendería por significado o concepto?

“...los términos implicados en el signo lingüístico son ambos psíquicos y están unidos en nuestro cerebro por un vínculo de asociación. Insistamos en este punto.”¹⁸³

Saussure en un párrafo anterior al citado, plantea que el signo no une una cosa y un nombre, como se piensa comúnmente, sino un concepto y una imagen acústica. Esto pone en claro que el significado no tiene ningún nexo natural con la realidad, excluyendo cualquier terceridad, bajo la forma de la cosa misma o el referente. Pero paradójicamente, cuando habla de lo arbitrario en la relación de los significantes böf, bwèi e oks en las distintas lenguas para significar lo mismo; vuelve a poner en relación el significado con la cosa de la realidad y no con el concepto psíquico. Emile Benveniste pone en evidencia esta contradicción en Saussure:

“Cuando habla de la diferencia entre b-ö-f y o-k-s se refiere a pesar suyo al hecho de que estos dos términos se aplican a la misma realidad. He aquí pues la cosa, expresamente excluida por principio de cuentas de la definición del signo, entrando por un rodeo e instalando permanentemente la contradicción.”¹⁸⁴

Saussure define la lengua como forma más allá de toda sustancia en la que se evidencie. En su concepción la lingüística es exclusivamente una ciencia que aborda la forma. Ahora, si sólo se piensa en el animal “buey” en su particularidad concreta y sustancial, se tiene fundamento para juzgar la arbitrariedad. Hay una contradicción entre como se define el signo lingüístico y la naturaleza fundamental que se le atribuye. El nexo que uniría el significado y el significante es de necesidad, y ya no de arbitrariedad, pues uno evoca al otro necesariamente en toda circunstancia.

“Entre el significante y el significado el nexo no es arbitrario; al contrario, es necesario. El concepto (“significado”) “boeuf” es por fuerza idéntico en mi conciencia al conjunto fónico (“significante”) böf. ¿Cómo iba a ser de otra manera? Los dos juntos han sido impresos en mi espíritu; juntos se evocan en toda circunstancia...

¹⁸³ Saussure, Ferdinand de, *Curso de Lingüística General*, ed. Losada, Buenos Aires, 1945. pág. 128

¹⁸⁴ Benveniste, Emile, *Problemas de Lingüística General*, ed. Siglo XXI, México, 1997. pág. 50.

*El significante y el significado, la representación mental y la imagen acústica, son pues en realidad las dos caras de una misma noción y se componen como incorporante e incorporado. El significante es la traducción fónica de un concepto, el significado es el correlato mental del significante. Esta consustancialidad del significante y el significado asegura la unidad estructural del signo lingüístico.*¹⁸⁵

Lo arbitrario es que el signo, en su conjunto bipartito, sea aplicado a tal elemento de la realidad, y no a tal otro. Esto trasladaría una propiedad interna del signo a una condición exterior del mismo, en su relación con la cosa referida. La arbitrariedad estaría en la relación con el fenómeno o con el objeto material y no intervendría en la constitución propia del signo. Umberto Eco pone en evidencia también esta equivocada definición del significado en Saussure:

*“Pero no es casualidad que los partidarios de una semiología de la comunicación se inspiren en la semiología saussureana. Saussure no definió nunca claramente el significado, pues lo dejó a mitad de camino entre una imagen mental, un concepto y una realidad psicológica no circunscripta de otro modo; en cambio subrayó con insistencia el hecho de que el significado es algo que se refiere a la actividad mental de los individuos dentro de la sociedad.”*¹⁸⁶

Las consecuencias se trasladan a la mutabilidad e inmutabilidad del signo. La inmutabilidad porque siendo arbitrario, no puede ser puesto en tela de juicio en nombre de una norma razonable; mutabilidad porque, siendo arbitrario, siempre es susceptible de alterarse. No es entre significante y significado donde la relación al mismo tiempo se modifica y permanece, sino entre el signo y su objeto. La “idea” para Saussure sería representación del objeto real, y zanjaría así la cuestión sobre el carácter evidentemente no necesario, inmotivado del nexo que los une. Benveniste lo subraya de esta manera:

“La prueba de esta confusión yace en la frase siguiente, en la cual subrayo el miembro característico: “Si no fuera éste el caso, la noción de valor perdería algo de su carácter, puesto que contendría un elemento impuesto desde afuera”. Es por cierto “un elemento impuesto desde afuera”, o sea la realidad objetiva, lo que este razonamiento toma como eje de referencia. Pero si se considera el signo en sí mismo y en tanto que portador de un valor, la arbitrariedad queda necesariamente eliminada. Ya que -la última proposición es la que encierra con

¹⁸⁵ Benveniste, Emile, *Problemas de Lingüística General*, ed. Siglo XXI, México, 1997. pág. 51.

¹⁸⁶ Eco, Umberto, *Tratado de Semiótica General*, ed. Lumen, Barcelona, 1977, pág. 44.

mayor claridad su propia refutación- es barto cierto que los valores permanecen enteramente relativos, pero se trata de saber cómo y en relación con qué.”¹⁸⁷

El valor de un signo en Saussure, estaría determinado por sus relaciones de oposición con otros signos. Su ubicación diferencial lo significa, no hay nada positivo en el signo que determine su valor. Por ejemplo, lo importante en la palabra no es la unicidad de su sonido, sino las diferencias fónicas que permiten distinguir esa palabra de todas las demás. La diferencia oposicional fundaría la significación. Una palabra no se define por lo positivo de su contenido, sino negativamente, por sus relaciones con los otros términos del sistema. Su más exacta característica es la de ser lo que otras no son.

“Por ejemplo: para designar temperaturas, tibio es lo que no es frío ni caliente, para designar distancias, ahí es lo que no es aquí ni allí; esto lo que no es eso ni aquello.”¹⁸⁸

Benveniste señala que los valores, supuestamente estables en su orden de oposiciones, permanecen relativos, son inmutables y mutables al mismo tiempo, debido a la relación de arbitrariedad que mantienen con los objetos. La relatividad de los valores es la mejor prueba de que los signos dependen estrechamente unos de otros en la sincronía de un sistema siempre amenazado, y constantemente restaurado. Hay una exterioridad que afecta interiormente al sistema, al mismo tiempo que asegura el juego de oposiciones.

El método interpretativo propuesto por Freud en la “Interpretación de los Sueños”¹⁸⁹ nos muestra acabadamente esta lógica de funcionamiento de la palabra. Los restos diurnos del sueño son elementos que adquieren valor en función de su ubicación en el relato del sueño. Ya no se interpretaría cada elemento aisladamente, atómicamente, sino dentro de las oposiciones en que están insertos. Los restos diurnos no tendrían un valor positivo sino el dado por el sistema del sueño. Freud rompe con toda una tradición interpretativa que le asignaba un

¹⁸⁷ Saussure, Ferdinand de, *Curso de Lingüística General*, ed. Losada, Buenos Aires, 1945. pág. 51.

¹⁸⁸ Saussure, Ferdinand de, *Curso de Lingüística General*, ed. Losada, Buenos Aires, 1945. pág. 199.

¹⁸⁹ Freud, Sigmund, *Interpretación de los Sueños (1900)*, *Obras Completas (tomo IV)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002.

sentido prefigurado a cada elemento sueño, según un código normativo exterior a los dichos del soñante. Saussure instaura la misma ruptura en el análisis del lenguaje.

Pero la estructura del sueño es inestable en función de un exterior-interior, el ombligo del sueño, un referente enigmático, el puro deseo. El sistema simbólico onírico se organiza únicamente como expresión de un deseo, intentar representarlo es su causa y fin. En su causalidad y orden esta también su inestabilidad, pues no puede representarlo acabadamente. Los sentidos son provisorios, cambiantes con cada relato y propensos a ligarse a grupos asociativos más amplios. Lo inconsciente esta estructurado como un lenguaje, según la extimidad¹⁹⁰ del deseo.

2. La Memoria Imposible.

Retomemos la confusión entre significado y objeto de la realidad en Saussure. Pues esta supone tácitamente que los hablantes perciben una idea idéntica. Habría un idéntico concepto en la mente de los distintos hablantes para cada significante. Deberíamos conjeturar en cada ser hablante una misma percepción psíquica de la realidad, donde idea y percepción terminan siendo idénticos.

Imaginemos, como ejemplo, una hipotética encuesta sobre el signo que nos propone Saussure, el buey. Y preguntáramos ¿Qué es un buey? Seguramente todos los encuestados hablarían en relación a un animal, pero si indagáramos mas específicamente en referencia a la imagen mental que convoca, es decir, invitarlos a que nos hablen de la experiencia perceptiva que cada uno tiene del significante buey. Obtendríamos tantas respuestas distintas, como sujetos encuestados. Cabe suponer, que cuando postulamos en la percepción una *identidad*, esta nunca se realiza en su representación, sino que nos encontramos con una *identificación* mas o menos similar, pero no carente de equívoco.

La lengua es un sistema posicional basado en la oposición y el contraste, que formaliza una estructura cerrada y sin referencia exterior alguna para establecer sus valores y significaciones, no hay metalenguaje. La lengua es una e idéntica a si misma, pura sincronidad

¹⁹⁰ Término acuñado por Lacan, “extimité”, aplicando el prefijo *ex* (de exterior, “*exterieur*”) a la palabra francesa “*intimité*” (interior). Este término expresa el modo en que en el psicoanálisis se problematiza la oposición exterior-interior, continente-contenido, profundo-superficial.

ahistórica. Tales propiedades son puestas en cuestión en tanto alguien habla, acto de apropiación del sistema como una red simbólica que permita significar sus percepciones.

Un hablante presume, desde un principio, la identidad entre el signo y la cosa representada, tanto para él como para el resto de sus interlocutores. Supone la existencia de una misma representación para una única referencia. En el imaginario del hablante el signo se conforma de una unidad inmune al equívoco. Pero la puesta en uso del signo y su sistema, en la acción temporal del habla, se cuestiona la certeza de su referencia. La objetividad, transparencia y verdad, propiedades del signo, se transforman en subjetividad, opacidad y relativismo. El cuento “Funes el Memorioso” de Jorge Luis Borges lo ilustra magistralmente.

El personaje central del cuento es un joven gaucha uruguayo llamado Ireneo Funes. Este queda inválido producto de la caída de su caballo, momento a partir del cual adquiere una sorprendente capacidad, la de una percepción y una memoria infalible.

*“Nosotros, de un vistazo, percibimos tres copas en una mesa, Funes todos los vástagos y racimos y frutos que comprende una parra. Sabía las formas de las nubes australes del amanecer del 30 de abril de 1882 y podía compararlas en el recuerdo con las vetas de un libro en pasta española que sólo había mirado una vez... Esos recuerdos no eran simples; cada imagen visual estaba ligada a sensaciones musculares, térmicas, etc. Podía reconstruir todos los sueños, todos los entresueños. Dos o tres veces había reconstruido un día entero, no había duda nunca, pero cada reconstrucción había requerido un día entero.”*¹⁹¹

A Ireneo le era imposible olvidar, toda percepción era exacta, por lo tanto, cada cosa era radicalmente distinta de otra, eran infinitamente diferentes.

*“No sólo le costaba comprender que el símbolo genérico perro abarcara tantos individuos dispares de diversos tamaños diversa forma; le molestaba que el perro de las tres y catorce (visto de perfil) tuviera el mismo nombre que el perro de las tres y cuarto (visto de frente). Su propia cara en el espejo, sus propias manos, lo sorprendían cada vez.”*¹⁹²

El lenguaje le era completamente inútil para identificar cada percepción, con lo que emprendió el proyecto de dar a cada recuerdo una marca propia, un signo particular. Inicio un

¹⁹¹ Borges, Jorge Luis, *Ficciones, Obras Completas (tomo I)*, ed. Emece, Barcelona, 1986. pág. 488.

¹⁹² Borges, Jorge Luis, *Ficciones, Obras Completas (tomo I)*, ed. Emece, Barcelona, 1986. pág. 489.

sistema de numeración en el que el 3718 era Napoleón, 6831 la caldera, 7013 Máximo Pérez, del 8098 al 9107 las hojas del árbol de su patio. Determinaba las jornadas pasadas en unos sesenta mil recuerdos, que definía luego por cifras.

Funes decidió prescindir de la escritura,¹⁹³ porque lo pensado una sola vez ya no podía borrarsele. Le era inútil el registro abstracto que le proponen las palabras, tanto como el pensamiento.

*“Había aprendido sin esfuerzo el inglés, el francés, el portugués, el latín. Sospecho, sin embargo, que no era muy capaz de pensar. Pensar es olvidar diferencias, es generalizar, abstraer. En el abarrotado mundo de Funes no había sino detalles, casi inmediatos.”*¹⁹⁴

Funes no es un sujeto de discurso, es imposible una instancia del sin sentido en su discurso que pudiera dar a lugar a un efecto de significación. Cada marca tiene su objeto, su percepción mental, no hay lugar a la metáfora. Su discurrir de plena memoria lo sumerge en una metonimia infinita. No hay lapsus, olvido, negación, ni sueño; de su vida onírica en el lenguaje humano había despertado.

*“Diecinueve años había vivido como quien sueña: miraba sin ver, oía sin oír, se olvidaba de todo, de casi todo. Al caer, perdió el conocimiento; cuando lo recobró, el presente era casi intolerable de tan rico y tan nítido, también las memorias mas antiguas y más triviales.”*¹⁹⁵

En el paso de la impresión perceptual a la inscripción simbólica se establece una pérdida, un olvido, y esto es lo que Funes no puede evitar la pérdida perceptual de un real. Se aprisiona

¹⁹³ Derrida en su trabajo sobre el Fedro de Platón, relata una escena de la mitología griega. En ella Zeus, un servidor astuto e ingenioso, es admitido a audiencia ante el rey de los dioses, Zamus. En presencia de los demás dioses del Olimpo le presenta la invención de la escritura como remedio para el olvido de los hombres. Zamus responderá ante tal obsequio:

“Incomparable maestro de artes, oh Zeus, uno es el hombre capaz de apreciar lo que ese arte comporta de perjuicio o de utilidad para los hombres que deberán utilizarlo. Ahora, tú, en tu calidad de padre de los caracteres de la escritura, les has, por complacencia hacia ellos, atribuido todo lo contrario de sus verdaderos efectos. Pues este conocimiento tendrá como resultado, en los que lo hayan adquirido, el volver olvidadizos a sus almas, pues dejarán de ejercitar su memoria: confiando en efecto en lo escrito, será desde fuera, gracias a buellas exteriores, y no desde el interior y gracias a ellos mismos, como se acordarán de las cosas. No es pues para la memoria, sino para la rememoración para lo que tú has descubierto un remedio (pharmakon, veneno y medicina). En cuanto a la instrucción, es la apariencia lo que tú procuras a tus discípulos, y no en absoluto la realidad: cuando en efecto con tu ayuda rebosen de conocimientos sin haber recibido enseñanza, parecerán buenos para juzgar de mil cosas, y la mayor parte del tiempo resultarán carentes de todo juicio; y serán además insoportables porque serán apariencias de hombres instruidos en vez de ser hombres instruidos.”

Derrida, Jacques, *La Diseminación*, ed. Fundamentos, Madrid, 1975, pág. 152.

El Dios de la escritura es un dios de la medicina, a la vez ciencia y droga oculta. Para Platón la escritura es el primer fármaco del hombre y donde se establece una raíz común entre palabra, percepción, experiencia, olvido, remedio, veneno, enfermedad y cura.

¹⁹⁴ Borges, Jorge Luis, *Ficciones, Obras Completas (tomo I)*, ed. Emece, Barcelona, 1986. pág. 490.

¹⁹⁵ Borges, Jorge Luis, *Ficciones, Obras Completas (tomo I)*, ed. Emece, Barcelona, 1986. pág. 488.

en la identidad de un código numérico infinito en su intento de mantener la cosa, a costa de despreciar la palabra.

En este ideal Funes(to) que reduce las palabras a números, códigos, cosas, se inscribe gran parte de la cuantitofrénia científica. Ideal empirista de descripción exhaustiva, que sutura con la identidad numérica de la estadística toda hiancia real de donde el sujeto del inconsciente emerge como singularidad.

El problema de cómo se inscribe la percepción en el inconsciente y sus implicancias, es un interrogante que esta en el origen del psicoanálisis, Freud ya lo plantea en su carta 52 a Wilhelm Fliess.¹⁹⁶ Todo el aparato psíquico buscaría en último término la identidad de percepción, reencontrar esa percepción idéntica a sí misma, reconstituyente de una identidad fundadora. Pero en el repliegue de esta búsqueda se encontrará con una diferencia, un resto, un falta-en-ser de esa identidad, haciendo que el aparato psíquico tienda constantemente a repetir una pérdida.

En Freud la percepción es aquello imposible de recobrar una vez inscripto, al tiempo que salto fundante del aparato psíquico. En su teorización de la primera vivencia de satisfacción¹⁹⁷ da cuenta de este modelo de inscripción psíquica de las percepciones. El lugar en el que falta una inscripción originaria, plena y única se instaurará la condición de una represión primordial.

La pérdida opera tanto a nivel de la percepción de lo real, la referencia, como también, en el uso del sistema de la lengua. Al hablar una persona utiliza un número limitado de elementos de la lengua, le es imposible enunciar todos los sentidos posibles del código. Cuando digo una palabra reprimo otras tantas posibles y sus sentidos concomitantes, su polisemia. Al pronunciar un mensaje no soy plenamente consciente de todas las marcas significantes que lo constituyen pero que a la vez están en juego en la significación del mismo. Esto constituiría lo que Freud dio en llamar el contenido latente de un relato manifiesto. La existencia de un conjunto de representaciones inconscientes producto de la represión secundaria que pujan por expresarse en el discurso consciente.

Al preguntarnos por un elemento del código (su sentido) o por lo percibido en la realidad (el referente) nos encontramos con un efecto curioso: una cadena de asociaciones

¹⁹⁶ Freud, Sigmund, *Los Orígenes del Psicoanálisis, Carta 52: del 6/12/1896, Obras Completas (tomo IX)*, ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1983.

¹⁹⁷ Freud, Sigmund, *Proyecto de una Psicología para Neurólogos (1895), Obras Completas (tomo I)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002.

donde la interrogación por un significante nos lleva a otro significante y a otro, y a otro. El sentido y el referente se conforman como el lugar de un enigma bordeado de significantes.

En este punto de la exposición podemos tomar un desvío de la crítica de Benveniste a Saussure, y seguir los pasos de otro filósofo, Baudrillard:

“El corte no pasa entre un signo y un referente “real”. Pasa entre el significante como forma, y de otra parte, el sentido y el referente, que se inscriben juntos como contenido, el uno de pensamiento, el otro de realidad (o mas bien de perfección), bajo el signo del significante. El referente de que aquí tratamos no esta más fuera del signo que el sentido”¹⁹⁸

El sentido-referente son una misma cosa que persiste en su imposibilidad, como un real excluido que se proyecta sobre la red significativa, ejerciendo sobre ella efectos de realidad, de significación. Un juego donde los significantes se realizan y engañan entre lo posible e imposible de su representatividad.

3. Síntoma, signo y síndrome.

“Síntoma: Manifestación de una alteración orgánica o funcional apreciable solamente por el paciente (por el dolor) o que puede ser comprobada también por el observador, caso en que se considera signo.

Signo: Fenómeno, carácter, síntoma objetivo de una enfermedad o estado que el médico reconoce o provoca.

Síndrome: cuadro o conjunto sintomático, serie de síntomas y signos que existen a un tiempo y definen clínicamente un estado morboso determinado.”¹⁹⁹

Según la lógica semiológica, que reúne tanto a la psiquiatría, la psicología como a la medicina en una misma metodología de lectura, la clínica de lo mental se fundaría en lo que podríamos dar en llamar una operación de construcción del signo. Transformar un síntoma subjetivo, enunciado o no por el paciente, en un signo objetivo que seguramente tendrá su lugar en el conjunto de referencias sindrómicas que pueblan la psicopatología.

¹⁹⁸ Baudrillard, Jean, *Crítica de la economía del signo*, ed. Siglo XXI, México, 1982, pág. 177.

¹⁹⁹ AA. VV., *Diccionario de Ciencias Médicas*, ed. Ateneo, Buenos Aires, 1988.

Para el orden médico todo signo patológico tendría una cara significativa, su expresión material, fenómeno percibible según el método científico, y una cara significada, su contenido semántico, el sentido que el profesional le asignará al nominarlo. El signo patológico supondría además un referente, es decir, una clasificación nosológica a la cual recurre el profesional para ubicar el conjunto de signos que ha recogido durante el diagnóstico. Una vez concretada esta operación se podría definir la temporalidad de una condición mórbida, su presente (diagnóstico), su pasado (anamnesis) y su futuro (pronóstico).

El psiquiatra o el psicólogo sólo deberá retener lo significativo, aquello que guarde un sentido probado, los conocimientos semiológicos acumulados científicamente según el método de observación empírica. Todo material expresado por el paciente deviene en significativo a la mirada del profesional. Su lectura conformará en signo solo aquello cuyo sentido pudiera ser contenido por las referencias psicopatológicas.

Es claro en la concepción médica el interés particular por el “ser de la enfermedad”, por establecer su existencia. Partiendo de una sintomatología signada por su apariencia siempre engañosa y sospechosa de fenómeno subjetivo. El síntoma es una apariencia visible que permite acceder a lo invisible, en tanto posibles signos de lo único verdadero: el ser de la enfermedad. La instauración de esta lectura semiológica es clave para el avance de los procedimientos médicos a partir siglo XIX; cuando partiendo de las autopsias se pudo conocer lo viviente.²⁰⁰ El ser invisible de la enfermedad en lo vivo era visible en lo muerto. La clínica tuvo desde entonces la necesidad de una certificación visual, el proyecto de una anatomía patológica exhaustiva y positiva. Aquello que permitía verificarse sobre el cadáver daba garantía de realidad a las nuevas concepciones médicas, he allí, el origen de la nosografía y de una lógica específica de lectura de los signos. De una clásica distinción entre ser y parecer, que tiene toda una raigambre filosófica, pareciera desembocarse en una realidad del signo como cosa. El signo como sitio privilegiado por su conexión directa con la lesión anatómica que sería la realidad última. La medicina partiría del axioma de que no existe enfermedad sin sede, debiendo por consiguientes estar representada en la sustancia del tejido, el gen, el neurotransmisor o la conducta. La materialidad no engaña, nos inmuniza de toda relatividad discursiva.

Paralelamente a este reduccionismo en lo orgánico, se va definiendo una borradura del síntoma en el acotamiento del signo recogido. La realidad de la enfermedad tiende a desvanecer la distinción entre causa y efecto, permitiendo decir que se sufre tanto de los

²⁰⁰ Ver capítulo “Una lección de anatomía”.

efectos de la enfermedad como de la enfermedad misma. Ambos tienden a confundirse: por una parte la búsqueda de la etiología resulta ser cada vez mas compleja, problemática y finalmente especulativa (todo debe tener un origen genético), y por otra parte la clínica y la terapéutica se acercan cada día mas a una sintomatología que se enriquece y florece (terapias específicas para infinitud de adicciones: los teléfonos móviles, los videojuegos, el sexo, las drogas sintéticas, los opiáceos, al trabajo, etc.) y sobre las cuales se puede actuar directamente. En el silencio por la pregunta sobre la causa psíquica se establece el acting out de las clínicas psiquiátricas modernas, se actúa un defecto etiológico y un exceso clasificatorio que opera reduciendo la oposición entre ser y parecer.

El diagnóstico del profesional se establecería por una reducción progresiva de la polisemia de los significantes sintomáticos, en acotados signos que pueden ordenarse definitivamente en síndromes. La suposición de estos soportes referenciales funcionaría como garante de una verdad científica fundada en el ideal de una descripción exhaustiva, en donde habría una fidelidad, sin lagunas, entre lo visible y lo enunciable. El rigor descriptivo sería la resultante de una exactitud en el enunciado y de una regularidad en la denominación respecto a lo observable. La verdad del signo se establece en la justeza de la correlación entre lo visible para un discurso y su elemento enunciable. El signo en el interior de su descripción también cumple una función denominadora, por su articulación en un vocabulario constante y fijo, que autoriza la comparación y la generalización.

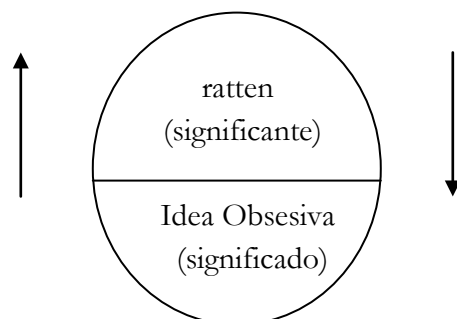
Se constituye por medio del método una mirada científica que habrá de recoger traduciendo todo lo enunciable en términos de ese mismo método, y también, por supuesto, ha de excluir todo cuanto no sea enunciable en su discurso. La aptitud del buen observador será juzgada entonces por lo que habrá sabido retener y por lo que ha sabido excluir, lo propio de su práctica y aquello impropio que se considerará un “no hecho”.

4. El síntoma-significante ratten.

Para determinar una semiología psicoanalítica tomaremos como referencia el caso del “Hombre de las ratas”²⁰¹ de Freud. *Ratten* (ratas) es el significante preponderante en la sintomatología neurótica del paciente, y es la marca que queda como nombre propio del

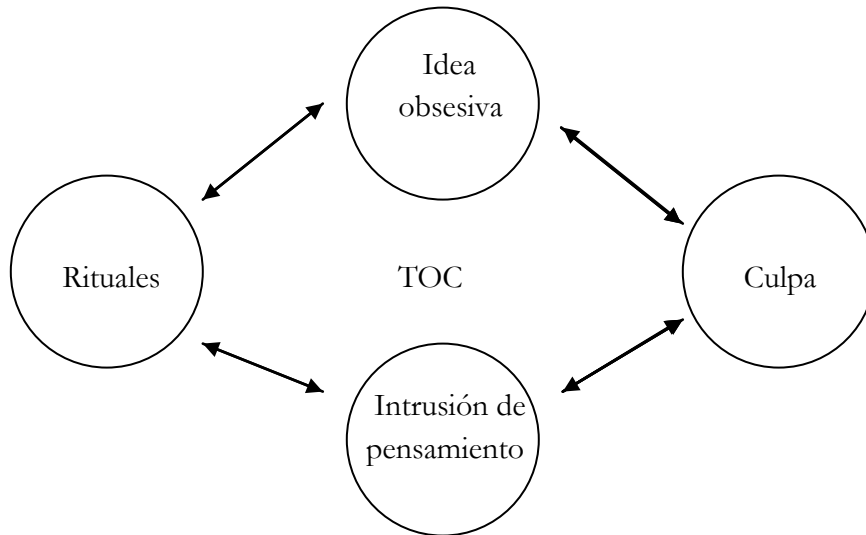
²⁰¹ Freud, Sigmund, *A propósito de un caso de neurosis obsesiva (1909)*, *Obras completas (tomo X)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002.

historial. Ratten es el elemento repetitivo del relato sintomático del paciente que compone todo una serie de ideas obsesivas. La operación que instrumentaría el orden médico sobre tal elemento podríamos graficarla de esta manera:



Resumamos una lectura médica: el síntoma, expresado en el significante *ratten*, sería expresión de una “perturbación funcional”. Este significante adquiriría sentido en el momento que es significado como una “idea obsesiva”. La relación entre *ratten* (significante) e idea obsesiva (significado) sería objetivamente comprendida por el profesional. Estas ideas serían signo²⁰² de un Trastorno Obsesivo-Compulsivo, adquiriendo su valor de su relación con los otros signos que caractericen a tal síndrome: irritabilidad, rituales compulsivos, sentimientos de culpa, preocupación por la higiene, intrusión de pensamiento, etc. Una vez establecida la dimensión vertical entre significado y significante como unidad mínima, se pasa a la otra dimensión, la horizontal, la relación entre las unidades. Del mismo modo que en toda estructura lingüística, un síndrome psiquiátrico se establecería como un sistema cerrado y ahistórico de signos. Un TOC se compondría de las relaciones necesarias entre una cantidad suficiente de signos reconocibles en el caso, constituyendo su valor.

²⁰² Vemos claramente en esta práctica un ejemplo de lo que Lacan define como signo: “lo que representa algo para alguien”, ilusión de una correspondencia imaginaria de la causa y el efecto, del todo y la parte, sin producción de ningún resto. Esta fórmula se opone a la del significante: “lo que representa a un sujeto para otro significante”.



El trabajo clínico del médico aísla los signos extraídos del universo discursivo del paciente, para que una vez depurados de toda significación subjetiva, puedan ser ubicados dentro de la estructura aséptica que el universo de las patologías les tiene preparado. Hasta aquí la operación de lectura del orden médico.

Hagamos una breve sinopsis del caso freudiano: la neurosis de Ernest Lanzer, verdadero nombre del paciente, se origina una noche en la que escucha de boca del Capitán Cruel el relato de la tortura de las ratas que los chinos aplican a sus prisioneros. En esos momentos Lanzer se encontraba con el ánimo exaltado debido a la espera de un encuentro amoroso con una mujer que había despertado su interés. Esta posibilidad suponía una traición para con su amada, tensión que se desplaza a una singular angustia por la pérdida de sus lentes. El representante ratte, nos dice Freud, inicia a partir de ese momento un periodo de incubación de un síntoma obsesivo, que se expresará en la activación de toda una serie de recuerdos angustiantes para el paciente.

En la noche del relato, el Capitán Cruel se hizo porta-voz de un significante esencial del inconsciente del sujeto, siendo depositario del vínculo transferencial: ser el amo de las ratas. Ni él, ni Ernest sabían la significación íntima de esa palabra que era el vehículo de una cifra secreta, aquella inscrita en el inconsciente del paciente mucho antes del episodio desencadenante. A partir de este relato del analizante, Freud empieza por no excluir ningún elemento, por más irracional que parezcan, reconociéndoles su existencia en un contexto histórico. El hecho de aislar un elemento y suturarlo con un sentido ajeno al material hubiera

constituido de ello un signo, deteniendo la asociación en el paciente y haciendo desaparecer todo enigma en el lugar de la causa que motoriza el despliegue del material inconsciente.

En el transcurso del trabajo analítico del hombre de las ratas el significante *ratte*, adquirirá pluralidad de sentidos (dinero, plazos de pago, heces) evidenciando constantes sustituciones significantes. Estas trasmutaciones inconscientes se revelarán en un conjunto de compulsiones a nivel de su vida consciente, que Freud logra relacionar a sucesos anteriores protagonizados por el padre. En cada uno de sus actos sintomáticos Ernest debía pagar inconscientemente por cada uno de los pecados del padre. Así el análisis se remonta a la época en que el padre cumplía funciones de tesorero del ejército y había perdido en una partida de cartas todo el dinero de la compañía. La identificación con la falta de este jugador empedernido (*spielratte*) producía en su hijo un sentimiento de estar siempre en deuda, manifestándose en toda ocasión propicia. En otro momento abandonará impulsivamente la mujer de la que estaba enamorado por sentirse compelido a casarse (*heiraten*) con otra por conveniencia, circunstancia similar en la historia del padre, que el sujeto necesita obturar transformándola en una obligación superyoica. Otro de los varios sucesos sintomáticos será la súbita aparición de la idea de que sus padres adivinan (*erraten*) sus pensamientos. Esta construcción ideacional aparece en el caso y podría pensarse desde una posición psicopatologizante como signo de una transmisión de pensamiento, dentro de un cuadro de psicosis paranoide, pero Freud no se apresura a diagnosticar, esto le permite no tomar decisiones anticipadas y equivocadas.

No es la pretensión de este escrito analizar exhaustivamente el caso, pero sí la de poner en consideración todo el juego de sustituciones sintomáticas que se producen en un análisis. Cómo estas formaciones sustitutivas, efectos de la represión secundaria, van encadenándose produciendo efectos de significación sobre la barra que los separa del lugar del sentido-referente, que está vaciado. Se ha conformado en este lugar de la causa un enigma, al que todas las formaciones refieren, lugar de la represión primaria.

Ratas, plazos, casarse, deuda de juego, adivinar, etc.
(Formaciones sintomáticas, represión secundaria)

X
(enigma, reprimido primordial)

Los significantes *ratte*, *spielratte*, *heiraten*, *erraten*, articulan el hilo del análisis al ser capturados en los mecanismos inconscientes, vehículos de una escritura cifrada, de un rasgo literal instituido en el origen de la cadena inconsciente. Una marca abierta a la lectura que opera como vector en la selección y captura del material signifiante. El trabajo de interpretación se compone de un desciframiento activo, que nada tiene que ver con la comprensión de un sentido común al analista y al analizante. La interpretación intenta reconstruir la cadena literal inconsciente que sostiene un agujero irreductible al saber, el enigma de que soy propiamente para el Otro. La experiencia última de un análisis confluye en la represión primaria (*urverdrängung*), el agotamiento del sentido y en donde se deberá constituir una asunción subjetiva de la castración como límite al goce del cuerpo. El inconsciente conformaría un conjunto condensado, implícito de significantes que se anuda en el síntoma. Discurso del Otro interiorizado que suministra la cifra literal de aquello abierto a la lectura interpretativa, el conjunto de pensamientos inconscientes del proceso primario.

Las marcas inconscientes, de las cuales depende la significación fálica, nombran y posicionan provisionalmente a un sujeto en el orden simbólico, dejando la huella singular de su experiencia en la lengua. De este modo, un ser hablante puede valerse del orden de la lengua, no tanto para tener una identidad, sino para representar su existencia en el Otro, y hacer diferencia de lo que serían los efectos de lo real sobre el cuerpo. *Ratten* y sus sustituciones significantes no se determinan por su relación con un significado, algo delimitable en el interior del campo lingüístico, sino con aquello que depende de la significación fálica, articuladora de una exterioridad inasimilable para la red signifiante, el propio deseo. Las huellas conservan solo la marca del desplazamiento deseante inscribiendo la imposibilidad de un sentido absoluto, identitario, porque en última instancia ese deseo devino del deseo del Otro que me nominó a la existencia.

Para Freud la cura por medio de un análisis se oponía a toda acción que supusiera el suministro de un saber al analizante. La labor consistía en combatir las resistencias al propio saber inconsciente, hasta los límites propios. Proveer de sentidos al que sufre, era para Freud, como distribuir menús bellamente impresos en cartulina en épocas de hambruna. Para él, suministrar información ajena al contenido inconsciente dado por el paciente, no hacía más que refinar las resistencias yoicas. Aumentar las resistencias del yo traerá seguramente un alivio momentáneo, pero no hará más que sumar empuje a los síntomas, aumentando sus ramificaciones inconscientes que demandarán una mayor represión.

La interpretación sería la apuesta tendiente a disolver los sentidos resistenciales coagulados en el discurso de un paciente, y le permitan transitar por todas aquellas anudaciones posibles de su síntoma. Tal finalidad no se correspondería con lo general de las distintas posturas psicológicas que propugnan un “autoconocimiento”. El llamado a un conocimiento de si mismo, propuesta psicológica de gran consumo en los tiempos que corren, tiene por principal función la identificación a un saber universalizante, ideal y armónico. Esto no hace más que certificar aquella hipótesis Lacaniana:²⁰³ el ser hablante goza en sus dichos, de los cuales no quiere saber nada, sosteniendo una posición compulsiva que lo aferra a una pasión por la ignorancia.

5. El cuerpo como “un hecho” de habla.

“La palabra es hoy un organismo parásito que invade y daña el sistema nervioso. El hombre moderno ha perdido la alternativa del silencio. Intenta lograr diez segundos de silencio interior. Encontrarás un organismo resistente que te fuerza a hablar.”

Williams Burroughs

Al psicoanalista no le incumbe como territorio de su praxis el cuerpo biológico, principal objeto de la práctica médica. Aunque la anatomía no les es ajena en tanto se encuentre inscripta en el habla de una persona en particular. El sujeto, por hablar, está implicado con su cuerpo. La raíz del conocimiento es ese compromiso de su cuerpo, eso que habla, su única referencia válida. Debíamos ubicar aquí el acontecimiento psicoanalítico, la escucha de un “hecho enunciativo”; que desde los orígenes de su práctica ha sido el relevo de la mirada médica, aquella del buen observador que juzgaba lo que habría de retenerse y excluirse de su saber psicopatológico como un “no hecho”.

El habla recorta un objeto que se desprende del cuerpo biológico, un objeto causa de deseo, conformado desde una zona erogenizada por el Otro en el propio cuerpo del sujeto. Lacan propone nombrar este objeto como un fenómeno propio del ser hablante que no se origina por autogeneración biológica, sino que se separa en tanto resto de una operación divisoria realizada en función del orden significante.

²⁰³ Lacan, Jacques, *Seminario 20: Aún*, ed. Paidós, Buenos Aires, 1999.

La objetividad tal como la aborda el psicoanálisis se desprende de la objetividad médica, de su sustancia patológica, de su “tripa causal”. De lo visceral procede el objeto del conocimiento en el orden médico, en tanto se lo separe como “interioridad” de los efectos del habla en el enfermo. El cuerpo que aborda el psicoanálisis, no responde a las funciones inmanentes propias de los órganos caracterizado por su interioridad y fragmentación. El cuerpo ha de ser retomado como un hecho de discurso constituyente de una unidad narcisista en la dialéctica interior (real pulsional) y exterior (Otro significante)²⁰⁴. Este es uno de los grandes descubrimientos freudianos, el de un cuerpo erógeno constituido narcisísticamente en la identificación con el deseo de un Otro originario; sobre el fondo angustiante de su inermidad ante lo irrepresentable de la sexualidad y la muerte que afecta lo vivo.

El objeto *a* establece la anudación de un real pulsional, un orden significativo y una unidad yoico imaginaria. Como señuelo fantasmático su materialidad importa menos que su función significativa. Al no ser un objeto de la realidad objetiva, sino de su “realidad psíquica”, se establece una sustracción donde la repetición del habla no cesa de no inscribir aquello, que en última instancia, debería reflejarse como la garantía de una buena forma del cuerpo, y ser la promesa para el restablecimiento de su falla narcisista originaria.

El reconocimiento de una realidad psíquica poblada de objetos fantasmáticos, plantearía una diferencia clínica fundamental. El psicoanalista se interesaría en el sujeto en tanto autor, enunciador de un discurso, cosa que remite a su fantasma y a lo que muestra de él en su imposibilidad. A diferencia de la intervención psicopatológica que toma un individuo al cual hay que determinarle un discurso. Un forzamiento adaptativo de la técnica que elevará un objeto ortopédico como ideal de cura, no siendo más que un intento de relevo denegatorio de lo que se expresa en su síntoma.

En tanto no reconozcamos que los objetos no son más que señuelos, no hay posibilidad de ir más allá de la remoción o dominio momentáneo de los síntomas. La circunstancia de que el objeto esté necesariamente presente como soporte de una escena fantasmática se articula con el hecho de que cobra consistencia, en tanto objeto del deseo, a raíz de su desaparición (al menos como objeto especularizable) y de su posible sustitución significativa. El síntoma nos trae la marca de la imposibilidad que el sujeto tiene para sustituir los objetos. En tanto neuróticos, sus fijaciones pulsionales lo cristalizan gozosamente en una identificación: con un

²⁰⁴ Relación que Lacan grafica como una banda de Moebius, figura topológica en la que las dos caras de una misma banda no pueden ser vistas como discretas, sino como continuas. Uno podría reconocer en algún punto del recorrido un afuera y un adentro de la banda, pero le resultaría imposible decir en que punto preciso se ha realizado dicho pasaje.

objeto puesto en el propio cuerpo como en la histeria, con un objeto que es una amenaza externa en el fóbico, o con un objeto que es una idea en el obsesivo.

El cuerpo como hecho del habla ubicaría al abordaje psicoanalítico en campo de las ciencias conjeturales, como le gustaba decir a Jacques Lacan. Mientras que las ciencias exactas tienen que ver con el campo de los fenómenos objetivados en el que no hay uso significativo del saber derivado. Las ciencias conjeturales son fundamentalmente distintas, porque refieren a seres que habitan y son habitados por un orden simbólico. La propuesta Lacaniana difiere y reformula la apuesta freudiana, ubicando el campo del psicoanálisis dentro de las ciencias de la subjetividad, sobre todo por la vecindad con la lingüística y la antropología estructuralista, y no con la ciencias de la naturaleza, hoy ligadas fuertemente en lo mental a las neurociencias.

La psicopatología, como ciencia exacta derivada de la biología y la estadística, determina una normativa del cuerpo que se interpone entre el profesional y el enfermo, y obliga al primero a establecer una sanción terapéutica. El paciente queda así invitado a desprenderse de toda interpretación subjetiva de lo que le suceda. Se lo insta a verse como otro, objetivamente, desconfiando de lo que experimente, pues ello ha de interpretarse en función de esa sanción que él no puede conocer y que sólo el profesional es capaz de comprender. El acto de nombrar la enfermedad, el diagnóstico, le muestra al enfermo que su padecimiento tiene un lugar en el sistema de signos que constituyen el orden psicopatológico. Este es un acto que contribuye a disipar la angustia. Todo eso que experimentaba bajo la forma de sensaciones penosas, dolorosas, angustiantes, muchas veces cargadas de culpabilidad, es retomado en el discurso médico, que afirma que puede encontrarse un sentido en lo que hasta entonces era un sin-sentido sintomático.

El deseo del médico se inscribe por entero en la normatividad que tiene como objeto la enfermedad, porque lo constituye como tal. El orden se instrumenta para la reducción del encuentro médico-paciente en una sola enunciación: la prescripción del terapeuta. El enfermo no tiene otra salida que plegarse a ella, o de lo contrario, se excluye del discurso médico. Como el orden del deseo inconsciente puesto en el cuerpo es diferente al ideal normalizador, y por consiguiente muchas veces viene a contradecirlo, todo lo que sigue una vida “disoluta” del enfermo será generalmente mal recibido por el profesional.

Para el psicoanalista la finalidad de su acto no resulta evidente, en cuanto su acto no consiste en la perspectiva terapéutica del retorno a un estado anterior normativo. Más problemático es aún, aquello que sostendría al psicoanalista en su operación, o sea, la cuestión

de un eventual soporte pulsional o fantasmático de su acto. Pudiéndose plantear, que el analista no actúa en función de un ideal normativo, sea cual fuere éste. El deseo del psicoanalista presupone una incógnita para el analizante, al modo de un enigma que impulsa el proceso analítico, identificable a esa pregunta originaria del Otro: ¿qué quiere de mí? Solo a este nivel de la repetición inconsciente, dada transferencialmente, emerge el fantasma fundamental del sujeto. El deseo del analista tiende hacia una dirección que es opuesta a la de componer una representación de un ideal ofrecido a la identificación del paciente. Por el contrario, es un deseo de obtener una “diferencia absoluta” que separe al objeto fantasmático de cualquier ideal identificatorio. Un deseo que opere como corte en esa repetición constitutiva del sujeto, que lo hace alienarse sintomáticamente a una demanda del Otro como modo de defensa.

*“Esto es lo que conviene recordar en el momento en que el analista se encuentra en posición de responder a quien le demanda la felicidad. La cuestión del Soberano Bien se plantea ancestralmente para el hombre, pero él, el analista, sabe que es una cuestión cerrada. No solamente lo que se le demanda, el Soberano Bien, él no lo tiene, sin duda, sino que además sabe que no existe. Haber llevado a su término un análisis no es mas que haber encontrado ese límite en el que se plantea toda la problemática del deseo.”*²⁰⁵

²⁰⁵ Lacan, Jacques, *Seminario VII: La ética del psicoanálisis*, ed. Paidós, Buenos Aires, 1997. pág. 357.

La comprensión médica y la interpretación psicoanalítica.

“Cuidense de la gente que les dice: Usted comprende. Siempre lo hacen para que uno vaya a donde no había que ir. Cuando nos dicen: Usted comprende, quiere decir que no están muy seguros de su significación, y que esta remite, no tanto a un sistema de significación continuo y ajustable, sino a la significación en tanto inefable, a la significación intrínseca de su realidad propia, de su fragmentación personal..

Comiencen por creer que no comprenden. Partan de la idea del malentendido fundamental. Esta es una disposición primera, sin la cual no existe verdaderamente ninguna razón para que comprendan todo y cualquier cosa.”²⁰⁶

1. Lo incommunicable.

¿Comunicar se reduce al comprender? En ese caso, ¿Qué sería comprender? ¿Qué es lo que se comprende? ¿Hay algo por fuera de esa comprensión?

El psicoanálisis ofrece una serie de posicionamientos respecto de la lengua y la comunicación humana que subvierten la idea de pleno entendimiento entre los hablantes. Toda su experiencia clínica lo demuestra.

“La psiquiatría no aplica los métodos técnicos del psicoanálisis, omite todo otro anudamiento con el contenido de la idea delirante y, al remitirnos a la herencia, nos proporciona una etiología muy general y remota, en vez de poner de manifiesto primero la causación más particular y próxima.”²⁰⁷

Freud en una de sus conferencias introductorias al psicoanálisis aborda la relación entre el psicoanálisis y la psiquiatría. Toma un caso de celos patológicos en una mujer para demostrar los distintos modos de intervención posibles. Estos celos inaccesibles a argumentos lógicos y no corroborables en los hechos de la realidad se habían convertido en ideas delirantes de esta mujer para con su marido y sus supuestas infidelidades. Estas ideas derivaban en lo que un psiquiatra clasificaría como un *delirio de celos*. He ahí la característica esencial del caso

²⁰⁶ Lacan, Jacques. *Seminario 3: La Psicosis*, ed. Paidós, Buenos Aires, 1995, pág. 35.

²⁰⁷ Freud, Sigmund, *Conferencias de introducción al psicoanálisis, 16° conferencia: Psicoanálisis y Psiquiatría (1916)*, Obras completas (tomo XVI), ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002. pág. 16.

patológico, si una idea esta desarraigada de la realidad y no proviene de esta, es una idea delirante.

Freud comenta su entrevista con la paciente y descubre una serie vivencias que denotaban un amor reprimido por su yerno. Estos deseos amorosos no podían exteriorizarse más que por la construcción de una fantasía: suponer un engaño del marido con una mujer mas joven. Esta idea la alivia inconscientemente de la culpa concomitante por sus deseos sexuales reprimidos. Nos demuestra que la idea delirante ha dejado de ser algo disparatado o incomprensible, que posee su sentido particular, perteneciendo a la trama de una vivencia rica en afectos en la enferma. El proceso anímico demuestra su resistencia a los ataques basados en la lógica y la realidad, para preservar una forma de realización fantaseada de lo deseado como una suerte de consuelo por aquello reprimido.

Para Freud el psicoanálisis era a la psiquiatría lo que la histología a la anatomía. Como la anatomía estudia las formas exteriores de los órganos, la psiquiatría estudia la fenomenología de los hechos conductuales. Distinto de la histología que llega a las profundidades de la constitución de la anatomía a partir del estudio de los tejidos y de las células. Así también, el psicoanálisis llega a las profundidades de las motivaciones inconscientes de los actos humanos.

*“Es inconcebible una contradicción entre estas dos modalidades de estudio, una de las cuales continúa a la otra. Como saben, la anatomía es hoy para nosotros la base de una medicina científica, pero hubo un tiempo en que estaba tan prohibido disecar cadáveres humanos para averiguar la constitución interna del cuerpo como lo parece hoy ejercer el psicoanálisis para averiguar la fábrica interna de la vida del alma. Y previsiblemente, en una época no muy lejana comprenderemos que no es posible una psiquiatría profundizada en sentido científico sin un buen conocimiento de los procesos de la vida del alma que van por lo profundo, de los procesos inconscientes.”*²⁰⁸

Tal vez no haya una contradicción entre las prácticas medicas y psicoanalíticas, pero lo que si se demuestra, es la existencia de distintos métodos de intervención dependiendo de la profundidad de aquello que se desea investigar. Retomemos el caso del Hombre de las ratas como otro ejemplo.

²⁰⁸ Freud, Sigmund, *Conferencias de introducción al psicoanálisis, 16° conferencia: Psicoanálisis y Psiquiatría (1916)*, Obras completas (tomo XVI), ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002. pág. 17.

Ernest Lanzer se había acercado a consulta de Freud en busca de un certificado que lo inhabilitara para sus compromisos sociales a causa de sus síntomas. El joven se presenta diciendo que tiene representaciones obsesivas desde la infancia, aunque particularmente intensas desde los últimos cuatro años. Lo principal son *temores* de que le suceda algo malo a su padre y a una dama a quien admira. Además, dice sentir *impulsos obsesivos* como el de cortarse el cuello con una navaja, y producir *prohibiciones* relacionadas con sus actividades cotidianas. Todo ello le hizo rezagarse en sus estudios universitarios. Su vida sexual era más bien *inhibida*, habiendo tenido el primer coito a los 26 años.

Temores, impulsos obsesivos, prohibiciones y inhibiciones sexuales bastarían para definir la “anatomía” psiquiátrica de un caso de neurosis obsesiva o TOC (como se lo clasifica actualmente). Freud no se apresura a satisfacer la demanda del paciente por un diagnóstico, evitando una apresurada evaluación de lógica racional y contextualizable en la realidad de las enfermedades psiquiátricas. Como si se demanda en la técnica médica.

*“Un síndrome es una agrupación de signos y síntomas que aparecen juntos y forman un patrón reconocible; es importante saber identificarlos, porque aunque son categorías diagnósticas menos específicas que un trastorno o una enfermedad concreta, proporcionan por medio del reconocimiento de la frecuencia una buena guía para el tratamiento.”*²⁰⁹

*“Si toda una serie de enfermos presentan el mismo tipo de trastorno, el mismo tipo de conducta patológica. Esto justifica pues el agrupar los síntomas en síndromes y la búsqueda de una nosografía racional.”*²¹⁰

Pero Freud avanza un poco mas allá de la racionalidad clasificatoria de los fenómenos conductuales, evitando su reducción “anatómica” a signos patológicos. Y avanza en lo que ignora, en lo incommunicable de la experiencia de un paciente. Se deja tomar por su relato, y así nos lo transmite como sus lectores.

²⁰⁹ Carrasco J., Baldomero E., Perera J. y García E., *Manual de Psiquiatría*, ed. Ars Medica. Barcelona, 2002, pág. 32.

²¹⁰ Rodríguez, Francisca, *Diccionario de los términos técnicos usados en Psicología*, ed. Cabaut, Buenos Aires, 1916, pág. 968.

“No me asombrará si el lector no logra entender nada, pues aun la exposición detallada que el paciente me ofreció sobre los sucesos externos y sus reacciones frente a ellos adolecía de contradicciones internas y sonaba insalvablemente confusa.”²¹¹

La pregunta simple de Freud, tal vez reveladora de cierta ignorancia o incapacidad para entender, funcionaba como un corte hacia lo profundo, lo ilógico, lo íntimo, lo particular, lo incomunicable. Estas preguntas, que bien podrían ser una necesidad, fueron efectivas clínicamente para el despliegue de un material que hasta ese momento permanecía oculto. Pareciera establecerse otra forma posible de la comunicación que no se garantice únicamente, para una línea argumental, en los códigos médicos.

La mera pregunta funciona como interpretación, como separación de toda posible alienación en un sentido externo, del Otro. A este lugar transferencial el paciente se siente convocado a responder, por más que su respuesta sea aparentemente incoherente, porque supone que quien hace semblante en ese lugar le dará un sentido a lo que dice. La palabra *ratten* funcionó a partir de ahí como pivote desde donde articular nuevas líneas argumentales. Como el punto representacional de mayor sin sentido, al tiempo que angustiante para el paciente, productor de un nuevo nexo causal para su malestar. La chance de un sentido nuevo para su enigma existencial repercutirá en la descarga de cierta tensión que soportaba su cuerpo. Se ligará la angustia expectante a una serie de representaciones inconsciente: *raten*, *spielraten*, *heiraten*, *erraten* y otras, dándole existencias nuevamente a la vivencia de sus afectos.

El saber ya no lo dispone el discurso médico, el receptor de su demanda, sino la presentificación de un enigma en el lugar de él como emisor. Un “¿Que estoy diciendo?”. Un punto en el que recibe invertido su mensaje. Esto trastoca “*el y lo sentido*”, tanto *el* sentido como significado, como dirección de un relato, y *lo* sentido como cambio en lo que siente.

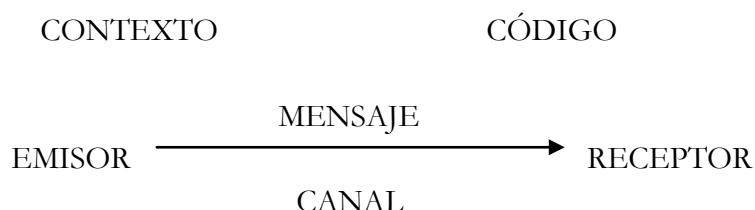
Si el psicoanálisis teoriza una posición respecto de la lengua y la comunicación humana, ésta se produce en el cruce de un discurso y su encarnación. La ligazón entre el dolor corporal y la palabra del paciente no refiere ya al cuerpo biológico de la medicina, no es el cuerpo de los exámenes clínicos y las tomografías, sino un cuerpo erógeno, un cuerpo atravesado por la pulsión. Las pulsiones son esa tensión caótica que nos viene del cuerpo. Irremediabilmente

²¹¹ Freud, Sigmund, *A propósito de un caso de neurosis obsesiva (1909)*, *Obras completas (tomo X)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002. pag.

parciales, porque están parcialmente representadas en la palabra, aquellas que no pueden unificarse en un objeto. Esto significa, primero, que pulsión no es igual al instinto y, segundo, que el cuerpo no es simplemente organismo. Si hay un cuerpo es efecto del anudamiento con el significante. Así, toda idea de cuerpo es no puramente natural. El cuerpo se ha desnaturalizado, no es mera anatomía.

2. El modelo comunicacional.

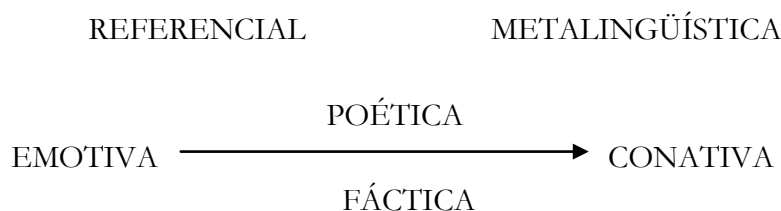
Un supuesto teórico que se sostiene explícita o implícitamente en toda intervención médica o psiquiátrica es el del modelo de la comunicación²¹². Cabe aclarar que las distintas posiciones teóricas de cada campo supondrán distintos matices entre lo que es innato y adquirido, lo que es comunicable o no, la relación con el contexto, etcétera. Pero en todas subyace un modelo casi único de comunicación, que es básicamente una relación entre individuos en donde se transmite información. Hay un emisor y un receptor de esa información, transmitida en un mensaje, fundado en un código, dentro un contexto referencial y con un canal comunicacional, que determina las condiciones físicas necesarias:



En este proceso el emisor y el receptor son factores inalienables de la comunicación verbal. Aunque no sean identificables participan siempre del acto enunciativo. Por ejemplo, aun en el monólogo hay virtualmente alguien a quien se le dirige la palabra. En toda transmisión de datos, de información, existe una doble actividad: quien produce y quien reconoce, instalando necesariamente los lugares de emisor y receptor.

²¹² El esquema de circuito de la comunicación corresponde originariamente a una teorización propuesta desde la ingeniería de sistemas. Su autor, Lasswel, buscaba un esquema para chequear el funcionamiento de una red telefónica. Así emisor y receptor serían, en verdad, aparatos telefónicos. Luego este esquema es tomado por el lingüista Roman Jakobson como canon de la teoría de la comunicación, para dar cuenta de las condiciones de la comunicación humana.

La información se transmite por medio de lo que es un mensaje, que debe ser unívoco en su sentido, para lo cual debe estar correctamente producido según un mismo objeto de referencia, un código compartido por los actores, y un adecuado canal (contacto) comunicacional. Roman Jakobson²¹³ le hace corresponder una función a cada factor de la comunicación humana:



Podría decirse que en el ejemplo de *ratten* y sus asociaciones ilógicas, el código como la función metalingüística, pareciera ser el factor de la comunicación que está fallando. El diccionario Larousse da la siguiente definición de código:

*“Código: Cuerpo de leyes que forma un sistema completo de legislación sobre alguna materia, por ejemplo: código civil, de circulación, postal, de señas. / Sistema de signos y reglas que permite formular y comprender un mensaje. / En informática, conjunto de instrucciones formuladas en un lenguaje específico que puede ejecutar directamente un ordenador, este lenguaje está en un código binario compuesto por dos valores: 0 y 1.”*²¹⁴

En la definición hay cuestiones muy importantes a tener en cuenta, que es un corpus escrito que instituye una legalidad y que ésta recae sobre toda una materia, ya sea penal, postal, de tránsito, etc. Lo que no enuncia la definición, pero podemos deducir, es que el diccionario mismo puede ser tomado como un código. El diccionario es un código que establece para una lengua determinada los vocablos que la componen y sus reglas de uso.

El código es un factor determinante en la comunicación pues establece *“los signos y reglas que permite formular y comprender un mensaje”*. Esta ley, que rige nuestro uso de la lengua, también puede regir a una máquina: *“En informática, conjunto de instrucciones formuladas en un lenguaje específico*

²¹³ Jakobson, Roman, *Ensayos de Lingüística General*, ed. Seix Barral, Barcelona, 1981, pág. 360.

²¹⁴ *Diccionario Larousse*, ed. Larousse, Buenos Aires, 1990, pág. 242.

que puede ejecutar directamente un ordenador, este lenguaje está en un código binario compuesto por dos valores: 0 y 1.”

Jacobson establece dos niveles de análisis del lenguaje en la ciencia moderna: el *lenguaje-objeto*, que habla de los objetos, y el *metalinguaje*, que habla del lenguaje mismo. Este metalinguaje es la herramienta que todo lógico y lingüista utilizan para interpretar los discursos efectivos. Un acto comunicacional se refiere a la función metalingüística cuando un emisor y un receptor quieren confirmar que están usando el mismo código. El autor imagina el siguiente diálogo a modo demostrativo:

- “- *Al repelente le dieron calabazas.*
- *¿Qué es dar calabazas?*
- *Dar calabazas es lo mismo que catear.*
- *¿Qué es catear?*
- *Catear significa suspender.*
- *Pero ¿qué es un repelente?*
- *Un repelente es (o significa) uno que estudia mucho.”*²¹⁵

Este diálogo supone un actor demandante de un saber y otro que se lo suministra al reproducir la información escrita en un código. Pareciera ser una circunstancia que podría extenderse casi indefinidamente (como la indagación infantil en un momento de su desarrollo) en un desplazamiento metonímico que va de un significante a otro: calabazas, catear, suspender...

Proponiendo una indagación similar. ¿Se podría determinar fehacientemente una relación metalingüística entre *ratten* y miedo o muerte del padre, por ejemplo?

Cuando el paciente le demanda al profesional que retransmita un código para darle sentido a su síntoma se encuentra con una interrogación como respuesta. Esta reversión de su posición de emisor a receptor de su propio mensaje lo llevaría, no sin angustia, a articular un nuevo sentido para el código.

Se inscribe para la representación *ratten* un nuevo sentido que no estaba previsto en código o diccionario alguno. Es una inscripción de un *enunciador deseante*, que supera cualquier orientación del contexto o referencia ilusoria de un mismo objeto a denotar.

²¹⁵ Jacobson, Roman, *Ensayos de Lingüística General*, ed. Seix Barral, Barcelona, 1981, pág. 357.

“Los efectos de significado parecen no tener nada que ver con lo que los causa. Esto quiere decir que las referencias, las cosas a las que el significante permite acercarse, siguen siendo, justamente, aproximativas: macroscópicas, por ejemplo. Lo que importa no es que todo eso sea imaginario; después de todo, si el significante permitiese señalar la imagen que necesitamos para ser felices, todo estaría muy bien, pero no es ese el caso. Lo que caracteriza, en el plano de la distinción significado / significante, la relación del significado con lo que está allí como tercero indispensable, a saber el referente, es propiamente que el significado lo yerra. El colimador no funciona”²¹⁶

El yerro de la función referencial, del supuesto colimador, y el contexto médico y su forma de connotar la enfermedad, se suspenden ante lo certero de una marca que referencia un cuerpo deseante y un ser hablante encarnado en él.

No sólo la producción de un nuevo sentido para un misma representación como significante puede descompletar el código; puede darse otro fenómeno que la psiquiatría denomina como neologismo. Freud en “El chiste y su relación con el inconsciente”²¹⁷ trabaja el neologismo “famillionar” como condensación de familiar y millonario, en cuyo ciframiento interpreta la expresión de un deseo reprimido.

Es curioso que en el propio ejemplo de Jacobson, si lo analizamos literalmente, encontramos la deconstrucción de su propia teorización. “*Al repelente le dieron calabazas.*” es una frase sobre la cual gira todo el diálogo en su búsqueda de un metalenguaje que cristalice un significado transparente entre ambos interlocutores. Pero mientras más avanzan en su búsqueda, menos se muestra como transparente, ajustado y acabado.

Hay una subversión del sentido que el receptor no alcanza a comprender en su indagación lingüística. Se hace presente un resto inasible de significación que lo relanza a una continua apelación del emisor.

Los refranes, tal vez el ejemplo lo sea, son enunciaciones cuyo sentido, si nos remitimos al diccionario, nos llevarían a las definiciones de lo mas descabelladas. Por ejemplo, “*Echarle margaritas a los chanchos*”, persiste en un derrame de significación, un plus de goce, que es inasible para la legalidad clasificatoria del idioma instituido.

²¹⁶ Lacan, Jacques, *Seminario 20, Aun*, ed. Paidós, Buenos Aires, 1998, pág. 29. Un colimador es un dispositivo técnico que sirve para dirigir un rayo luminoso hacia un punto preciso. Se utiliza en aparatos de puntería, telescopios y afines.

²¹⁷ Freud, Sigmund, *El chiste y su relación con el inconsciente (1905)*, *Obras Completas (tomo VIII)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002.

No hay un metalenguaje que garantice una interpretación objetiva y completa cuando queremos remitirnos al sujeto de la enunciación. Un efecto subjetivo en psicoanálisis es posible cuando no existe la posibilidad de circunscribir un discurso a un código. Sumemos a nuestra consideración también otros códigos, como las clasificaciones psicopatológicas de la psiquiatría o la psicología. No hay clasificación que asegure un sentido generalizable de lo que un sujeto produce: cuando interpretamos tal producción estamos frente a un hecho totalmente singular.

Pero, para un computador sí hay un metalenguaje. El código binario cifra toda su programación. También para el orden animal el código se constituye de conductas atávicas, instintivas, que no mienten.

Cuando referimos al habla en el orden humano, no hay posibilidad de establecer un metalenguaje consistente y completo, que pueda prever y contener todos los actos de enunciación. Desde la pura comprensión se excluye la historia singular del emisor en donde se soporta todo mensaje. La historia relatada por el paciente es un conjunto estructurado de significaciones particulares que permanecen reprimidas tras lo que se presenta como una situación comunicativa de emisores y receptores simétricos e idénticos.

“No hay metalenguaje” es la sentencia lacaniana que plantea la imposibilidad estructural de fijar el sentido en el lenguaje cuando se apela a un mas allá del lenguaje. No hay huida del lenguaje. La idea de un metalenguaje supondría la posibilidad de una escritura que garantice la ausencia de malentendidos en el uso de las lenguas naturales, la existencia de un orden o un significado trascendental²¹⁸ que fije los desplazamientos y las metáforas, efectos de los usos de una lengua. Remarco lo singular de la lengua y lo plural de los usos.

Sin embargo, no todo es absolutamente lenguaje. Lacan no niega un mas allá del lenguaje, un real. Sólo que este no es anclable plenamente en el sentido. Un real que se dice no todo en la escritura del cuerpo erógeno, un mal-decir, un medio-decir de la palabra sobre su objeto. En tal sentido, no hay un metalenguaje por fuera de la relación transferencial, como punto exterior que garantice una interpretación objetiva. La verdad en psicoanálisis se dice no toda porque le faltan palabras, lo que no quiere decir que cesemos en su búsqueda.

²¹⁸ Si lo hubiera sería Dios, garantía última e inefable, pero nuestro hacer no es teología. Dios no existe como ente, ES, está en el TODO del ser, por lo que se da la paradoja de la imposibilidad de su predicación. Cuando se dice algo de él, algo queda sin decir –es mas que justo o injusto, que bueno o malo, que perfecto, que poderoso-. Es por esto que la Teología Negativa prohíbe toda predicación sobre Dios. Aun en el caso en que supongamos una verdad última, es imposible de ser predicada en su totalidad.

Cuando comprendemos apresuradamente, estamos remitiéndonos a un metalenguaje con la creencia de que a cada palabra le corresponde una identidad entre significado y significante. Esta operación de constitución de un signo se apoya en la ilusión del pleno entendimiento, de una enunciación transparente inmunizada de los malentendimientos y las contradicciones.

Si remitimos constantemente nuestra comprensión a él o los códigos no hay posibilidad de reconocer en el acto de la enunciación a quien se representa en sus dichos, de reconocer qué *identificaciones* se expresan en sus palabras. En el psicoanálisis la identificación es un significante del Otro. Hay aquí una diferencia sustancial respecto de toda idea de identidad o personalidad psiquiátrica.

Las relaciones sintomáticas de ratten prefiguran la irrupción de lo reprimido, descompletando el código, y haciendo a la mala forma de un supuesto mensaje objetivo. Sobre ello intervendrá el método científico reduciendo tal efecto a una variable aislable que permita su control. En la pretensión de la objetividad medica será la forma de lo erróneo, lo prohibido, lo subjetivo del síntoma aquello se opone a lo verdadero, correcto y objetivo de los signos de su saber. Esta exclusión que salvaguarda la objetividad científica no es sin consecuencias, sino que es a condición de desconocer²¹⁹ un sujeto del inconsciente: un saber otro, efecto de la verdad del cuerpo, que impone un límite al todo del saber científico. *El discurso de la ciencia excluye al sujeto*. Recorramos brevemente las distintas hipótesis psicológicas de esta exclusión:

Chomsky reconoce que la actuación (habla) de la competencia (lengua) a veces es imperfecta en la realidad, pues hay titubeos, cortes, olvidos, errores de todo tipo. Pero el oyente-hablante de Chomsky no es un individuo real, sino uno ideal. Sólo en este caso ideal coinciden competencia y actuación, solo aquí aparecerá, según él, el sistema de la lengua. Su campo de análisis cognitivo no incluye los usos cotidianos y singulares. La exclusión de lo subjetivo, en definitiva, está en la operación que separa al individuo del uso de la lengua, planteándolo bajo la pura forma ideal.

El conductismo en su proposición de considerar todo proceso psíquico como una “caja negra” aísla, por medio de este término, todo lo que no puede ser definido como entradas (inputs) estímulos o como salidas (outputs) respuestas. No es reconocible para el campo psicológico todo aquello que no pueda ser encorsetado como una conducta cuantificable.

²¹⁹ El desconocimiento no es ignorancia, pues representa una organización de afirmaciones y negaciones respecto de un fenómeno. Detrás del desconocimiento hay un conocimiento de lo que hay que desconocer.

En las teorizaciones sistémicas, como en las posiciones estructuralistas, hay un puro presente del acto comunicacional. El sistema funciona sobre la exclusión de todo reconocimiento histórico en la constitución de los seres hablantes. Es por esto que pueden ser considerados meros usuarios o ejecutantes de una estructura o sistema que los trasciende y sobre la cual no tienen ningún efecto.

Piaget teoriza la adquisición y el desarrollo de la capacidad lingüística sobre la condición egocéntrica del niño, fuera de toda dimensión del Otro. La estructura formal no puede incluir un otro, un lugar otro de las significaciones que no sean del ego. En la estructuración que alcance el niño hay plena conciencia de los significados y estos son del ego. El pensamiento egocéntrico determina la evolución, en la que el niño considera solo su punto de vista.²²⁰

En síntesis: si no hay metalenguaje... ¿cuál es el alcance de una formalización sabiendo que no es posible un dominio consciente y pleno de la lengua?

Basta el más mínimo gesto poético en una enunciación para desbaratar todo ideal de absoluta formalización. No hay pleno dominio de la lengua, porque no existe un Sujeto del Saber, sólo se lo *supone*.

Basta una metáfora para romper con toda suposición de comunicación transparente. La metáfora de un síntoma: produce significaciones que no tienen pleno correlato en el saber médico, psiquiátrico o psicoanalítico. En los códigos no está escrito el sentido del síntoma, ni la respuesta justa a su dolor. Esta escritura es singular, tiene su historia y deberá advenir en un trabajo con el paciente.

Lo poético, lo metafórico se constituye para nuestro análisis en un elemento central. La lengua se constituye en cada hablante como una metáfora, como sustitución de la cosa, he ahí su raíz esencial, su marca de nacimiento. Es interesante como esta sustitución de la cosa que se produce en el lenguaje es determinante, según Umberto Eco, para una teoría semiótica:

“La semiótica se ocupa de cualquier cosa que pueda considerarse como signo. Signo es cualquier cosa que pueda considerarse como substituto significante de cualquier otra cosa. Esa cualquier otra cosa no debe

²²⁰ Esto difiere del narcisismo freudiano, que no puede pensarse sin la dimensión del Otro y de la instancia psíquica que a partir de él se constituye, el superyo. La vida psíquica en Freud se funda en el conflicto entre el yo y el superyo, que son mandatos e ideales que permanecen fuera de la esfera del yo (ego) y no pueden ser reducidos totalmente por éste. En psicoanálisis la posibilidad de que un sujeto disponga lógicamente del lenguaje dependerá de cómo este sujeto fue introducido por el Otro en ese universo simbólico, cómo fue introducido libidinalmente en el mundo de las palabras. El Otro no solamente es agente del puro simbolismo, sino que es agente de los afectos, una introducción sexualizante. Basta con ir a las escuelas para ver que sus problemáticas no dependen únicamente de operaciones lógicas sino de qué hacer con los afectos que se ponen en juego en la escena pedagógica: el amor, la violencia, el odio, los celos, la rivalidad, la apatía.

necesariamente existir ni debe subsistir de hecho en el momento en que el signo la represente. En ese sentido, la semiótica es, en principio, la disciplina que estudia todo lo que puede usarse para mentir.

Si una cosa no puede usarse para mentir, en ese caso tampoco puede usarse para decir la verdad: en realidad, no puede usarse para decir nada. La definición de teoría de la mentira podría representar un programa satisfactorio para una semiótica general.”²²¹

Freud descubre en el inconsciente esta dimensión del engaño, nos muestra que en el ser humano algo habla con conocimiento de causa por fuera del soporte de la conciencia racional. Cuando un ser habla, es preciso admitirlo, lo hace bajo una dimensión que no se confunde con la del ego, por la sencilla razón de que su decir expresa mucho más de lo que supone ser. La verdad y la mentira no son criterios que se puedan separar, como se propone desde ontología de una “objetividad”. La verdad sobre el propio cuerpo tiene estructura de ficción; si seguimos a Eco, se funda en una sustitución. Agreguemos otra propiedad: no hay dos dichos que sean idénticos cuando queremos representarnos.

Todo intento en un hablante de referirse a su encarnación como mismidad con los otros cuerpos está destinado al fracaso. La mismidad, como lo idéntico y generalizable en lo humano se limita a una reducida explicación físico-química de los cuerpos. Más allá, toda enunciación significativa del propio cuerpo es repetición (no identidad) y, por ello, en su interior anida una pura diferencia que insiste. No hay dos enunciaciones iguales aun cuando se intente repetir el mismo enunciado. No hay igualdad, identidad, sino identificación: nos identificamos a significantes, los cuales no están abrochados a los sentidos

El acto poético del síntoma es el intento de inscripción de un punto de cesación de la lengua, de lo que falta en su escritura, del signo que organizaría la relación entre significantes y significados: ¿qué soy para el Otro? En los códigos no está escrita la significación de mi existencia y es allí, en esa falta, donde el sujeto es poesía, invención respecto a la incompletud de su código inconsciente (marcas reprimidas del Otro).

Un enunciado es poético, refiere a una verdad, cuando intenta dar existencia a aquello de lo que la lengua estructuralmente carece. La apelación a este límite de las palabras constituye la ética de la práctica psicoanalítica, cuando una vez discernido el punto de cesación, el deseo debe advenir a una existencia discursiva. El sujeto en el psicoanálisis, como el poeta, imprime

²²¹ Eco, Umberto. *Tratado de Semiótica General*. Ed. Lumen. Barcelona, 1977. Pág. 31.

una marca, que abre una vía para aquello que no cesa de no inscribirse. Borde del habla que fuerza y reinventa la lengua.

El deseo no existe como algo dado, preciso, anterior y oculto. Al nombrarlo, *al advenir en una existencia discursiva* se engendra como una nueva presencia en el mundo simbólico. Esa nueva presencia es lo que fuerza y reinventa la lengua. Sin embargo, no se halla en esto algo remotamente cercano a la plena satisfacción o a una necesidad saciada. Existe una *incompatibilidad irreductible entre el deseo y la palabra*. En este intento de articulación del deseo siempre queda un resto, una demasía o exceso a la palabra. Recordemos que el deseo está en relación a la prohibición. Se inscribe en el discurso, pero con la fuerza de su transgresión. Fuerza la ley de la lengua, la ley del Otro, sin poder cesar nunca de hacerlo. Está en el borde: entra en la legalidad del sentido, se pone en palabras, se entiende, pero al mismo tiempo es ilegal porque no es un elemento del código. La palabra se *embaraza* de algo extraño pero que al mismo tiempo se engendra con su propia escritura, su propia materia.

Entonces, en el deseo, verdad que embaraza una palabra, se juega la ética de una práctica. Por tanto, hay una diferencia ética entre esta posición y la de plantear la comunicación como una transmisión del todo, que se vale de la exclusión para poder sostenerse. Se trata de dos interpretaciones sobre el lenguaje que no son complementarias. Dos interpretaciones con una diferencia ética.

Podemos resumir estas dos interpretaciones sobre el campo del lenguaje.

La posición de una teoría de la comunicación objetiva que se caracteriza por tres rasgos fundamentales:

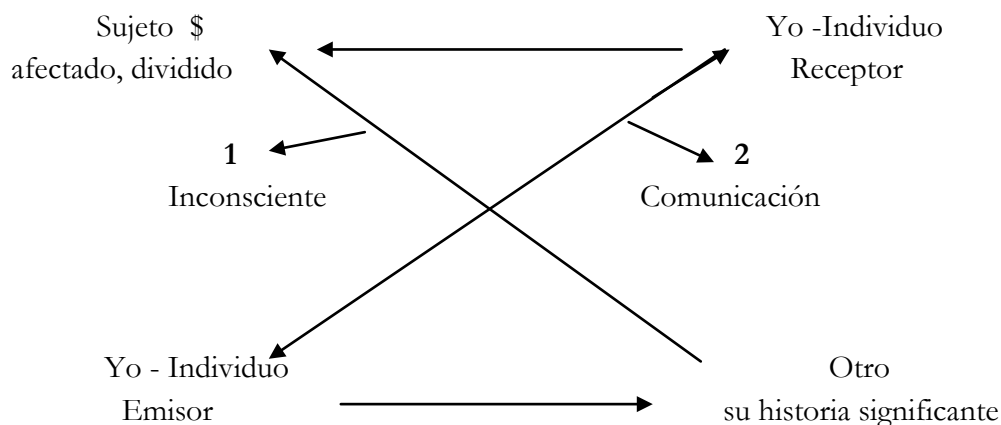
- Hace constante referencia a la categoría de intencionalidad en sus análisis, tomando a un emisor y un receptor conscientes de su acto.
- Establecer lugares reversibles y simétricos para tales actores.
- Representar la comunicación como un proceso más o menos simple en el cual una persona le envía un mensaje a otra.

Y la posición del psicoanálisis donde:

- La palabra revela poseer una intencionalidad que va más allá de un propósito consciente.
- Se considera que quien habla no solo dirige el mensaje a otra persona sino que también se lo dirige a sí mismo, bajo la forma de un desconocimiento. En su enunciado el emisor es al mismo tiempo un receptor.

- En un punto no hay reversibilidad, no hay comunicación, hay un significado que le es propio y único al emisor. El sujeto del inconsciente es el efecto de esta escisión entre el saber común a los otros y una verdad singular. Es la marca de la afectación de un ser hablante, la marca de su encarnación mortal y sexual.

Así, se pueden establecer dos niveles de la experiencia lingüística, dos ejes, que graficaré para el desarrollo posterior:



Sobre el eje 1 tendrá su campo de intervención la comprensión del orden medico según el modelo comunicacional, y sobre el eje 2 la interpretación psicoanalítica.

3. El Yo – Individuo y el Sujeto.

“Lo otro no existe: tal es la fe racional, la incurable creencia de la razón humana. Identidad = realidad, como si, a fin de cuentas, todo hubiera de ser, absoluta y necesariamente, uno y lo mismo. Pero lo otro no se deja eliminar; subsiste, persiste; es el hueso duro de roer en que la razón se deja los dientes.”

Antonio Machado

Desde el modelo de la comunicación se plantea al emisor como al receptor, en tanto individuos, sin tener diferencia ontológica con el lenguaje, siendo un objeto más del sistema en el que están insertos. El individuo no se separa ontológicamente de las cosas, y puede ser

tomado como una cosa más. Es a este nivel que puede ser equiparable a un aparato telefónico en el modelo de Lasswel, a un computador para Fodor o a una rata para Watson. El diccionario ofrece estas definiciones:

*“Individuo: Individual e indivisible. Cualquier ser, vegetal o animal, que represente a su especie. Miembro de una clase...”*²²²

El individuo es la porción mínima (individual) y última (indivisible) de una especie, es el lugar individualizable de la totalidad infinita y ahistórica. *El individuo es idéntico en todo momento y espacio.* Entre el uno y el todo no existe diferencia, el emisor es el lugar individualizable en donde podemos encontrar reflejada la totalidad de los hablantes del pasado, presente y futuro.

Toda práctica clasificatoria, el diagnóstico es una más, transforma un hablante en un individuo como ejemplar de una clase. El saber contemporáneo ofrece sus clasificaciones a las cuales un individuo se aliena, diciendo: *“ese soy yo”*. El Yo es ese cúmulo de información de disponibilidad más inmediata: *“Yo soy así... yo no soy así”*. Es un saber que se cierra sobre sí adquiriendo consistencia imaginaria (totalidad y buena forma). El Yo es un objeto individualizado que se constituye a partir del conocimiento conciente de un saber exterior sobre el cual se supone en plena identidad.

Basta con que alguien hable para que sus mensajes sean dispuestos por los distintos campos del saber científico (psicología, psiquiatría, sociología, economía, antropología, etc.) en grillas determinadas a priori donde identificarlos y diferenciarlos de los otros. La lingüística reduce la idea de sujeto y subjetividad a la de Yo o “ego”.

“Es en y por el lenguaje como el hombre se constituye como sujeto, por el sólo lenguaje funda en realidad, en su realidad que es la del ser, el concepto ego.

La subjetividad de que aquí tratamos es la capacidad del locutor de plantearse como ego. Se define no por el sentimiento de que cada quien experimenta de ser él mismo (sentimiento que, en la medida en que es posible considerarlo, no es sino un reflejo), sino como la unidad psíquica que trasciende la totalidad de las experiencias vividas, que reúne y que asegura la permanencia de la conciencia. Pues bien, sostenemos que esta subjetividad, póngase en fenomenología o en psicología, como se guste, no es más que la emergencia en el ser de una propiedad

²²² *Diccionario Larousse*, ed. Larousse, Buenos Aires, 1990, pág. 574.

*fundamental del lenguaje. Es ego quien dice ego. Encontramos aquí el fundamento de la subjetividad, que se determina por el estatuto lingüístico de la persona.”*²²³

La subjetividad para la lingüística es algo que bascula entre este lugar vacío y transparente, tan solo indicativo de un ejecutante, del individuo y un “ser” consistente y absolutamente racional. Un ser que puede ser fijado por el sentido del enunciado en un tipo de personalidad, a partir del análisis que se haga desde un campo científico determinado sobre su mensaje consciente.

La noción de subjetividad que se considera desde el eje 2 supone una transformación radical de la noción de sujeto, despejándola de su equivalencia a una idea de Yo o individuo. La noción de lo inconsciente en el campo de lo psíquico trastoca lo que hasta su aparición se creyó basado en una razón plenamente cognoscente. Esta revolución postula una estructura del inconsciente constituida por una cadena de significantes²²⁴ que lo determinan y que provienen del Otro. *Esto marca al sujeto como dividido respecto de tal estructura, que le es propia y le es ajena.*

El sujeto es lo que se representa en el lenguaje, el campo del Otro, como aquello que permanece sujetado a éste. En derecho sujeto significa también “súbdito”, como quien esta sujetado al poder del soberano, la ley del lenguaje en este caso. Pero al mismo tiempo es lo que no puede ser totalmente significado por el lenguaje, es la marca de una ausencia, de una falta en el campo del Otro. Es decir: no hay palabra en la ley significativa que lo predique en su totalidad.

El sujeto es lo que representa un significante para otro significante, pero no es ninguno de los dos significantes. Es un *efecto* del significante. Es aquello que hace hiancia en la estructura, lo que hace lapsus, olvido, sueño, síntoma, negación. Lugar que no puede ser individualizado, clasificado, reducido, aislado. El sujeto es también lo que se opone al objeto, aquello del orden humano que no puede objetivarse, reducirse a la condición de cosa. Precisamente aquello que en el desarrollo de la objetivación está fuera del objeto.

En este sentido, toda la investigación de Freud se orientó a la búsqueda de una verdad inconsciente que nunca fuera reducida a una objetividad científica. Se trata de la realización de

²²³ Benveniste, Émile, *Problemas de Lingüística General*, ed. Siglo, México, 1997, pág. 180.

²²⁴ Representaciones (vorstellung) inconscientes en Freud. También las definirá como representante representativo (vorstellungsrepräsentanz): “Representación o grupo de representaciones a las que se fija la pulsión en curso de la historia el sujeto y por medio de las cuales se inscribe en el psiquismo” Laplanche, Jean y Pontalis, Jean B. *Diccionario de Psicoanálisis*. ed. Labor. Barcelona, 1993.

una dimensión propia que debe ser aislada en su originalidad. En su búsqueda de la particularidad del caso, Freud desarrolló una ciencia de lo particular.

El sujeto es un efecto discursivo cada vez que el individuo se aparta de la especie, del género, de lo general, de lo universal que impone todo criterio clasificatorio. Este apartamiento, desfasaje del centramiento yoico, pone nuestra atención no precisamente en el contenido de lo que el paciente dice efectivamente de sí mismo, sino en su posición respecto del Otro, “tesoro” de significantes y ley de su empleo, que fue fruto de las tempranas identificaciones. El Otro es el lugar donde se constituye la palabra mas allá del control consciente. Es el lugar que Freud llamaba como la “otra escena psíquica”, lugar inconsciente donde el sujeto escenifica su fantasmática.

El síntoma que se expresa en “ratten” tiene una significación que trasciende la comunicación paciente-profesional. No se restringe solamente en una apelación al semejante o prójimo, el otro de la empiria que percibimos con los sentidos, ese otro con minúscula que se entiende como duplicación del Yo. El eje Yo-Yo’ es una relación que se reduce a sus efectos imaginarios, especulares. El eje \$-Otro determina toda esta relación.

El Otro designa a una alteridad radical que instituye todo un orden simbólico. En este orden y según las condiciones históricas de su constitución, una persona podrá reconocer a sus semejantes como amados u odiados, deseados o despreciados, acreedores o deudores, etc. “Ratten” se inscribe, en palabras freudianas, en la repetición de una escenificación fantasmática: se repiten prototipos infantiles que se viven con un marcado sentimiento de actualidad.

En donde se reactualizan las inscripciones de aquellas imagos infantiles se constituye la relación transferencial. El analista interviene en el eje \$-Otro, en el campo de la relación del paciente con su propio discurso inconsciente. Para eso es necesario que el propio yo del analista se suspenda como juicio, porque el análisis no puede constituirse en una relación intersubjetiva. La experiencia clínica solo se legitima en una relación terciada por el Otro inconsciente.

El paso a una relación analítica se ve en el movimiento que reflejamos con las flechas de la parte superior e inferior del gráfico. La superior refleja la apelación del analista, desde el lugar de receptor, a un sujeto dividido afectado por la enunciación. La inferior muestra que la

demanda de saber, que se dirigía a un receptor, se ha desplazado por tal apelación al propio saber inconsciente como discurso del Otro.

4. Lo simétrico, complementario y reversible.

El eje 1 presupone una perfecta *simetría* entre emisores y receptores, sean estos individuos, maquinas o animales. Las relaciones, tal como están planteadas, no constituyen ningún desfasaje entre un lugar y otro, si los demás factores están debidamente ajustados. He aquí una relación especular: a cada punto de uno le corresponde en espejo el otro.

Existe también una relación de proporción, al modo de lo que conocemos en el orden animal como una relación proporcional entre un macho y una hembra. La información que se transmiten para su apareamiento, por ejemplo, se dispone complementaria y, por consiguiente, inequívocamente. Es lo que Lacan²²⁵, a partir de los datos que extrae de la etología, plantea como similitud entre lo humano y lo animal en el primer momento del estadio del espejo.

El orden animal se ve limitado a esta dimensión *complementaria* en la cual, dependiendo exclusivamente de ciclos biológicos, apenas el macho percibe de una hembra una imagen o un olor dispara toda una serie de conductas instintivas para consumir un objetivo muy claro: la reproducción. En este orden no existiría ninguna diferencia ontológica entre lo comunicado y lo predeterminado por un paquete genético.

La adaptación es la correspondencia de los organismos con el medio ambiente. Esto implica la relación armoniosa entre el *innwelt* (mundo interno) y el *umwelt* (mundo externo). Los animales son máquinas biológicas que están estrictamente remachadas a las condiciones del mundo externo, por lo que su comunicación se encuentra restringida a extinguir toda necesidad en pos de su conservación: reproducción y alimentación.

Reténgase esto: el ideal de una comunicación complementaria solo puede aplicarse a animales y máquinas, en tanto que ambas no son afectadas por lo sexual. Es por ello que la psicología solo ha podido aplicar satisfactoriamente sus conceptos para tales objetos.

²²⁵ Ver: Lacan, Jacques, *Seminario 1, Los escritos técnicos de Freud, Capítulo: Tópica de lo imaginario*, ed. Paidós, Buenos Aires, 1993.
Lacan, Jacques, *Escritos I, El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia analítica*, ed. Siglo XXI, Buenos Aires, 1988.

Otra característica del eje 1 es su reversibilidad: quien es emisor puede en otro momento ser el receptor y viceversa, y esto no supondría diferencia alguna en lo transmitido.

Al plantearse estos lugares como simétricos, complementarios y reversibles se establece como posible, previo ajuste a los demás factores, poner en igualdad de condiciones al hombre, el animal y la máquina.

Pero, ¿pueden ajustarse esos factores? ¿Se puede llegar a equiparar hombre, animal y máquina? ¿Tienen la misma relación con legalidad?

Toda semejanza entre los hablantes depende de una legalidad que los trasciende, el Otro. Este designa una alteridad radical trascendente a toda otredad simétrica, la cual sería mas exacto designar como otredad igualitaria. En tal sentido es importante que consideremos al hombre como el único animal que posee una legalidad escrita, cuyo principal objeto es la prohibición de toda acción que desconozca la igualdad entre los hombres.

Si esta prohibición se instituye es porque la igualdad se encuentra amenazada por la existencia de una tendencia transgresiva. La ley dice: “No matarás”, ¿pero puedo matar a quien me amenace?. La ley insiste: “No matarás”, ¿podré matar a quien mató a otros? ¿Podré matar a un animal? ¿Podré quitarme la vida? La ley escrita estará siempre como garantía a la espera de ser interpretada²²⁶. Ante ella el sujeto se constituirá como reconocimiento de su responsabilidad y, por ende, esto lo ubicará respecto de los otros.

En tanto es necesaria una legalidad dada “en” y “por” la lengua para reconocer a los otros, aquella dependerá del modo en que fue introducida ésta desde la más temprana edad por quienes desempeñaron una función paterna para el niño. El superyo es el producto de esta herencia, en tanto interiorización de las exigencias y prohibiciones. El superyo es el discurso del Otro en tanto determinante de una legalidad paradójica: por un lado es formadora de ideales (ideales del Yo), y por otra parte, como un mandato insensato, ciego, de pura imperatividad y tiranía, es una invocación del Otro al goce. El Otro de la ley se compone de estas dos vertientes: el ideal del Yo, como función habilitante de la herencia paterna, y lo que podríamos determinar como lo propiamente superyoico, una moral insensata, destructiva y puramente opresiva.

El Otro es ese lugar donde la palabra se funda en su valor simbólico, ley y lenguaje. Ante este lugar todo sujeto se encuentra con la mayor *asimetría*. Es un lugar imposible como plena

²²⁶ Interpretada porque aunque se suponga un sentido originario del texto de la ley, esta se materializa de palabras de la lengua común y corriente que no tienen un sentido fijo. Ante esta inconsistencia constitutiva cobra importancia la interpretación del juez, que no casualmente establece un *fallo*.

encarnación, sobre el cual se supone un origen y un sentido mítico²²⁷, divino. Esto no supone que de este lugar el analista no pueda valerse, sino todo lo contrario: de él hace semblante como *sujeto supuesto saber*, he allí un resorte fundamental del trabajo analítico. Remarco lo de semblante, pues el analista deberá reconocer allí que sólo ocupa la posición de alguien a quien el analizante le presume un saber del Otro. El analista no debe engañarse y creer que realmente posee el saber que se le atribuye, pues del saber que se le atribuye él no sabe nada.

Tampoco la complementariedad, como relación-proporción, pertenece al orden humano. En lo humano toda relación entre los sexos se ve profundamente trastocada por el lenguaje. ¿Qué vehiculiza un lenguaje? La existencia de un saber: que somos mortales y sexuados. El lenguaje en lo humano se impone como una suplementariedad, como aquello que nos posibilita un saber sobre la encarnación sexual y mortal del propio cuerpo, al mismo tiempo que denuncia la falta de un conocimiento acabado sobre el mismo. A ese Saber no lo poseen los animales; ese saber nos distingue, se desplaza y prolifera sin ajustarse, invadiendo todo el lenguaje. *Toda enunciación válida en psicoanálisis es aquella que hace alusión a este saber.*

Somos seres hablantes porque el cuerpo natural está entrampado en el lenguaje desde un principio, desde el mismo momento en que fuimos hablados aún antes de nacer. La lengua nos habita, nos habla, nos significa. Esto es lo fundamental del descubrimiento freudiano: lo que surge en el momento en que los pacientes son invitados a hablar y, por ello, descubren que son hablados por la lengua en tanto dicen algo más de lo que querían expresar.

Al inscribirse la sexualidad humana en un orden simbólico se instaura una hiancia respecto de todo ideal adaptativo y natural, no existiendo ninguna tendencia preformada en la elección de un objeto sexual para cada sujeto. La ausencia de una regla, de una programación de la sexualidad, se traduce en una apertura a la verdad y a la mentira. Al invento. Los comportamientos sexuales se muestran como engañosos, enigmáticos, extraviados y movidos por un impulso que no puede reducirse a ciclos biológicos.

La imagen del objeto sexual está enmarcada por un conjunto de significaciones: ritos, modas, fetiches, etcétera. No hay encuentro sexual sino mediante esta intervención simbólica, lo que constituirá una variedad informe de satisfacciones sustitutivas como de objetos de goce. Freud claramente lo enuncia en “*Tres ensayos de teoría sexual*”²²⁸: el objeto de la pulsión puede ser

²²⁷ Tal encarnación mítica Freud la relata bajo la personificación del Padre de la horda primitiva en *Tótem y tabú*.

²²⁸ Freud, Sigmund, *Tres ensayos de teoría sexual* (1905), *Obras completas (tomo VII)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002.

una persona del otro sexo, del mismo sexo o hasta un objeto inanimado. La suplementariedad del lenguaje se instituye ahí donde no es posible una relación-proporción entre los sexos.

Respecto de la reversibilidad, tampoco la relación es simple.

La enunciación que apela al Otro es un *acto* y, como tal, es *irreversible*. Allí, la palabra adquiere una significación para la cual ningún semejante, máquina o saber técnico puede responder por el sujeto. No es lo mismo una conducta, que es propia del orden animal, y un acto, que se enmarca en una legalidad propia del hombre, pues él puede hacerse responsable de sus actos.

Un animal no es sujeto de un acto. Su relación con su conducta no es ambigua. Su conducta está abrochada a su destino biológico. La máquina también responde de manera inevitable a su programa, sin ambigüedad alguna. Pero un hombre juega algo de su existencia en lo que transmite. Esta es la ambigüedad: lo transmitido no le es totalmente ajeno. De eso es responsable.

Aunque la responsabilidad que se ubica en el acto inconsciente no es idéntica a la legal, orientada a la intencionalidad consciente y a la verdad empírica. A modo paradójico, se trata de una responsabilidad sobre un acto fallido, como aquello que permanece como falta: como lo no realizado del deseo y como sentimiento de culpabilidad. En la cura, el sujeto, es enfrentado con el deber ético de asumir su responsabilidad incluso por los deseos inconscientes expresados en sus acciones. La ética del inconsciente apunta a que el sujeto se responsabilice, responda por sus actos y los deseos inconscientes que en él se expresan.

5. La conciencia de sí y la negación.

*“Conciencia: Facultad o estructura psíquica gracias a la cual adquirimos conocimientos del mundo exterior y de nosotros mismos. Estructura de la personalidad en que los fenómenos psíquicos son plenamente percibidos y comprendidos por la persona.”*²²⁹

²²⁹ Drever, James, *Diccionario de Psicología (7ª Edición)*, ed. Cepe, Buenos Aires, 1975, pág. 98.

Comienzo por la definición psicológica de la conciencia en tanto ella permite puntuar una serie de relaciones. Es una estructura, sede de conocimientos plenamente percibidos y comprendidos tanto del mundo exterior como de la propia personalidad y, a la vez, es una estructura desde la cual seguimos acumulando conocimientos.

La cita trabajada de Benveniste parece dirigirse en el mismo curso, ampliando las relaciones a una idea de subjetividad dependiente del Yo:

*“...como la unidad psíquica que trasciende la totalidad de las experiencias vividas, que reúne y que asegura la permanencia de la conciencia.”*²³⁰

El yo y la conciencia son definidos como unidades que trascienden la experiencia. Para todo el campo psíquico esto acentúa el carácter determinante de tales estructuras individualizables²³¹. Tal dominio se define en lingüística como reflexividad:²³² el emisor del mensaje es al mismo tiempo su primer receptor consciente. Se supone que hablar es ante todo escucharse sabiendo lo que se está diciendo.

La reflexividad es la propiedad que nos aseguraría ser testigos de nuestra propia enunciación. Resumen: el Yo, unidad de conocimientos plenamente comprendidos sobre sí y sobre el mundo exterior, emite un mensaje del cual es un testigo consciente, como también es consciente de todas las condiciones de su producción.

En definitiva, los conceptos que caracterizan el eje comunicacional se muestran en un conjunto de relaciones que se cierran sobre sí mismas, autorreferenciándose, y constituyendo una unidad homogénea inmune a toda diferencia exterior.

No obstante, también puede pensarse que entre el Yo y la conciencia existe un vínculo que no tiene otro carácter que el de ser un señuelo²³³. La fascinación por un Yo consciente transparente para sí mismo... y de ahí no se avanza. La formalización de la noción de inconsciente no solo abrió un amplio campo de análisis para lo psíquico, sino que fundamentalmente alteró toda la idea, que se había tenido hasta ese tiempo, de conciencia como centro cognoscente, denunciándola como revestimiento de apariencias.

²³⁰ Benveniste, Émile, *Problemas de Lingüística General*, ed. Siglo, México, 1997, pág. 180.

²³¹ Individualizables en tanto que se las define como unidades aislables, y clasificables según prototipos de personalidad.

²³² Kebrat-Orecchioni, K., *La enunciación*, ed. Hachette, Buenos Aires, 1986, pág. 30.

²³³ Objeto que se dispone para el engaño y que fascina por su buena forma. Ver: Evans, Dylan. *Diccionario Introductorio de Psicoanálisis Lacaniano*, ed. Paidós, Buenos Aires, 1997, pág. 174.

La conciencia de sí, de lo mismo, tiene como principal función la de obturar la posibilidad de saber sobre aquello de lo cual no se quiere saber nada. En la reafirmación de tales condiciones las psicologías del autoconocimiento y la autoayuda sustentan su adhesión: reafirman con sus técnicas un ser autocognoscente, que puede homogenizarse con los semejantes. La disolución en una promesa masificadora es la única defensa a la angustia, afecto amenazante del Yo.

El conocimiento de la conciencia nos proporciona un Yo/individuo autónomo y unitario, pero equivalente y masificable en relación con sus exactos semejantes. Tal conocimiento se constituye sobre un fondo de constante paranoia respecto de lo que desconoce. La angustia es una señal del Yo que evidencia los puntos donde la defensa fracasa. Lo que el Yo desconoce son las determinaciones que le imponen desde las otras instancias psíquicas el ello y el superyo, dicho de otra manera, su cuerpo pulsional y el Otro.

“En el análisis, desde el momento en que comprometemos al sujeto, implícitamente, en una búsqueda de la verdad, comenzamos a constituir su ignorancia. Somos nosotros quienes creamos esta situación y, por consiguiente, dicha ignorancia. Cuando decimos que el yo no sabe nada acerca de los deseos del sujeto es porque la elaboración de la experiencia, en el pensamiento de Freud, nos lo enseña. Esta ignorancia no es pues una pura y simple ignorancia. Es lo que está expresado concretamente en el proceso de la Verneinung, y que se llama en el conjunto estático del sujeto, desconocimiento.

*Desconocimiento no es ignorancia. El desconocimiento representa cierta organización de afirmaciones y negaciones a las que está apegado el sujeto. No podemos pues concebir el desconocimiento sin un conocimiento correlativo. Si el sujeto puede desconocer algo, tiene que saber de algún modo en torno a que ha operado esta función. Tras su desconocimiento tiene que haber cierto conocimiento de lo que tiene que desconocer.”*²³⁴

Las resistencias del Yo se constituyen como sostén del desconocimiento, defensa ante lo reprimido, por lo que todo elemento que venza tales resistencias será bajo la condición de adquirir la forma de una negación (*Verneinung*) para el Yo.

La puntuación de una negación indica la existencia de un deseo reprimido, supone el alzamiento de la represión, aunque no una aceptación de lo reprimido mismo. El paciente se presenta con este enunciado: “*tengo este síntoma, pero yo no sé su sentido*”. Es decir, es algo en lo

²³⁴ Lacan, Jacques, *Seminario 1: Los escritos técnicos de Freud*, ed. Paidós, Buenos Aires, 1993, pág.167.

cual está comprometido su ser, al tiempo que el yo desconoce su sentido, ubicándolo como un cuerpo extraño exterior a su campo.

Las formaciones del inconsciente se expresan por este medio, el de una lógica de la negatividad, superando así las limitaciones que le impone la represión. No sólo el síntoma, todas las demás formaciones del inconsciente: el lapsus, el olvido, el sueño, el chiste. En ellas se percibe una referencia a aquello que en un principio se definió como “la otra escena” en la que se juega la subjetividad. Para Freud, el análisis de la escena inconsciente y de las negaciones discursivas tiene un mismo punto de interés:

*“Con esta teoría de la negación armoniza perfectamente el hecho de que en el análisis no hallemos ningún “no” procedente del inconsciente, así como el de que el reconocimiento de lo inconsciente por parte del yo se manifieste por medio de una fórmula negativa. La prueba más rotunda de que un análisis ha llegado al descubrimiento del inconsciente es que el analizado reaccione al mismo tiempo con las palabras: ‘En eso no he pensado jamás’.”*²³⁵

En tal sentido, una crítica del concepto de conciencia desde el psicoanálisis no supone la invalidación de toda noción de racionalidad, sino que ésta debe responder a las exigencias argumentativas que nos devienen del reconocimiento de los propios actos inconscientes. Un: *¿hasta donde estoy comprometido en lo que digo?* Planteado así, la práctica del análisis esta orientada a reintroducir, dentro del campo de la racionalidad, toda una indagación por la verdad de la propia existencia singular, en tanto reconocimiento de las repeticiones sintomáticas con las que se escribe.

6. El Yo del enunciado y el sujeto de la enunciación.

Todo análisis del *enunciado* se ha definido por el análisis lingüístico de las unidades gramaticales abstractas (oraciones) según el sentido que se determina desde una misma referencia metalingüística. La producción lingüística es identificada sin prestar mayor consideración a las circunstancias espaciales y temporales en que la oración fue expresada.

²³⁵ Freud, Sigmund, *La Negación* (1925), *Obras Completas (tomo IXX)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002, pág. 254.

Análisis de este tipo han encontrado importantes limitaciones en su indagación respecto del sentido de los enunciados, pues estos muchas veces presentaban efectos que no tenían ver exactamente con lo dicho, sino con las condiciones en que eran dichos.

Posteriores desarrollos de la lingüística, particularmente a partir de los trabajos de Jespersen, Jacobson y Benveniste, se han orientado en el análisis de los elementos que pertenecen al código de la lengua pero que también dependen de factores que varían en cada acto de enunciación. Por ejemplo: yo, tú, él, aquí, ahora... los deícticos. En otros términos, es un proyecto de trabajo lingüístico que aborda las huellas del proceso de enunciación en el enunciado.

Estos elementos son huella de la presencia de un locutor que dirige un enunciado a un alocutario. Ambos se denominan indiferentemente interlocutores. El conjunto de estos elementos se compone de: pronombres personales de la primera y segunda persona, pronombres demostrativos, adverbios, adjetivos relativos (aquí, ahora, ayer, hoy), los tiempos verbales en presente, verbos performativos (juro, prometo), términos modalizantes (quizás, sin duda) y aquellos términos que demuestren valoración o emoción.

La enunciación se definiría desde este punto de vista como un acto de discursivo individual en que es pronunciado, y a cuyo locutor designa. La única realidad a la que remite es a la realidad del discurso, y se subordina absolutamente a ella. Es en la instancia de discurso en que “yo” designa el locutor donde éste se enuncia como sujeto.

“...la enunciación es en principio el conjunto de los fenómenos observables cuando se pone en movimiento, durante un acto particular de comunicación, el conjunto de elementos determinados por la lengua”.²³⁶

El eje comunicacional dispone su análisis de la enunciación desde las huellas reconocibles de un locutor, que se designa como Yo en el enunciado que se dirige a un alocutario. Este Yo²³⁷ se dispone en una temporalidad única, el presente, y con la única función de indicar a quién enuncia. Es un término índice, un signo que se sostiene solo en su relación con el objeto que representa. Está espacial y temporalmente contiguo al objeto. Por lo tanto, más allá de esta contigüidad indicativa no se lo considera susceptible de otra significación.

²³⁶ Kebrat-Orecchioni, K., *La enunciación*, ed. Hachette, Buenos Aires, 1986, pág. 39.

²³⁷ Que ya caracterizamos según las propiedades de la conciencia y la individualidad.

Entonces, se propone un análisis que aborda el acto particular de comunicación, el habla, como una acción totalmente subordinada a las condiciones que le impone la lengua, reduciéndola a la condición de mera puesta en movimiento. En tal caso se considera que toda enunciación y sus efectos de significación ya estarían previstos en la lengua. Esto no hace más que repetir la posición saussuriana respecto de la distinción entre lengua y habla:

*“Al dar a la ciencia de la lengua su verdadero lugar en el conjunto del estudio del lenguaje, hemos situado al mismo tiempo la lingüística entera. Todos los demás elementos del lenguaje, que son los que constituyen el habla, vienen por sí mismos a subordinarse a esta ciencia primera, y gracias a tal subordinación todas las partes de la lingüística encuentran su lugar natural.”*²³⁸

Se define la enunciación como un hecho presente que remite a una realidad del discurso. ¿Pero es posible determinar y restringir por completo un contexto? ¿Se podría aseverar una realidad objetiva en los hechos discursivos? ¿Sería posible acotar las significaciones de la enunciación a un presente, sin considerar las condiciones de producción que imponen la historia singular de quien se designe como Yo en el enunciado?

Mencionar que la enunciación es un fenómeno observable no es algo casual, *es la insistencia de una norma como orden rector de lo caótico de una escucha*. La observación científica, estrechamente relacionada a la comprensión (tal como aquí se viene planteado), se organiza bajo una buena forma, lo que llamaríamos una Gestalt.

La intervención médica operado en función de reconstituir el todo yoico, restituyendo la Gestalt de un ideal de individuo a modo de: *“lo ud. tiene es... tómese esto, y volverá a estar como antes...”* El saber viene a suturar la hiancia abierta por el síntoma, reintroduciéndolo en la buena forma de un síndrome que lo reposicionaría ante el ideal de una normalidad. Una clínica de la mirada²³⁹ se opone a una clínica de la escucha, en tanto que esta última hace lugar a lo que se podría nombrar como polifonía significativa. La intervención médica puntúa un más allá de todo aquello especularizable, prometiendo un Ideal a cuya buena forma exterior debe el paciente alienarse. Al tiempo, que él se percibe en su propio decir como un objeto opaco, desconocido.

²³⁸ Saussure, Ferdinand de, *Curso de Lingüística General*, ed. Losada, Buenos Aires, 1945. pág. 63.

²³⁹ Cf. Foucault, Michel, *El Nacimiento de la Clínica*, ed. Siglo XXI, México, 1977.

Una clínica de la escucha se orienta en lo que llamé el sujeto de la enunciación. El sujeto es la abertura, la hiancia de lo inconsciente...

“¿A que diablos –digámoslo en términos académicos- llama Lacan sujeto?

*A ese movimiento de desaparición que conserva la huella de la desaparición, el sujeto es un intersticio que no se confunde con la noción de ser humano, a nivel inconsciente es lo más propio y lo mas lejano, no es el sujeto de la conciencia, ni un agente de los procesos, tampoco un ser pasivo. El sujeto desaparece en lo que dice, bien, pero la tensión entre lo que quería decir y lo que efectivamente dice, permanece siempre latente, como un desacuerdo constante, es a esa tensión, a esa discordancia que Lacan llama sujeto. Tensión eficaz, porque cada vez que vuelva a girar el aparato del síntoma y las asociaciones, el sujeto caerá en distintos lugares.”*²⁴⁰

El sujeto está en el acto de enunciación, habla con palabras del Otro y dirige su mensaje a ese Otro, pero queda suspendido como una abertura en el conjunto de los significantes encadenados. *Ex-siste*: está fuera de esta cadena, pero está en relación con ella, es lo más íntimo al tiempo que es lo más exterior de la cadena de significantes inconscientes. Esto se puede denominar como la antinomia del sujeto.

El sujeto es efecto de la falta de un significante en el inconsciente, en el discurso del Otro. Falta que descompleta y al mismo articula toda la cadena significativa, determinando la insistencia de sus encadenamientos. En resumen: el sujeto es el intento de producir una representación en el lugar donde falta un significante en el Otro. En este intento, un significante representa al sujeto para otro significante, en tanto que rodean un agujero de no-saber, el enigma de la sexualidad en el propio cuerpo del hablante.

La noción de sujeto como huella del significante trastoca toda la idea de un presente acabado del Yo como mera deixis, en tanto que es huella de un acto de enunciación a la vez que en ese mismo acto desaparece. *Soy, como acto inconsciente, donde no pienso, y cuando pienso conscientemente ya no soy*. No hay sujeto testigo cristalino de su propio acto, solo hay significación de tal acontecimiento posteriormente, en un segundo momento, el interpretativo, que resignificará al primero. Es necesario entonces plantear una concepción no lineal del tiempo, una concepción donde constantemente estamos sometidos a circunstancias de retroacción y anticipación. La historia subjetiva es una reconstrucción ficcional que supone desde un

²⁴⁰ Ritvo, Juan, *Repetición: Azar y Nominación*, ed. de la Perra, Rosario, 1994, pág. 65.

principio una pérdida de la pura percepción. Lo que hará el análisis es reconstruir la relación entre la huella y el no reconocimiento, la negación que el paciente tiene de tal marca.

El tiempo del sujeto del inconsciente establece una hiancia respecto de una comprensión plena y compartida con el otro, como también respecto de una Gestalt, en tanto buena forma del saber común o del saber científico. En el hombre el deseo insiste, en ese lugar donde sus significaciones quedan inconclusas, maldichas. La mala forma prevalece en lo humano, en tanto, un sujeto recuerda mejor el fracaso en la medida en que fue doloroso. Es a este nivel que se sitúa la compulsión a la repetición de una mala forma, de un mal encuentro con lo real, cuya huella insistirá en ser reconocida.

Respecto de la subordinación del habla a la lengua, una noción de sujeto de la enunciación nos presenta una evidencia contraria, en tanto que se produce donde a la lengua le falta un significante. Donde el habla produce poética, allí es donde el Otro carece de la palabra que podría haber nombrado mi ser. El sujeto cumple la función del poeta, como aquel que no sabe lo que dice. Sin embargo siempre dice, como es sabido, las cosas antes que los demás.

7. Transmisión y resistencia. Reconocimiento y repetición.

En una teoría de la comunicación lo central es la transmisión de información²⁴¹, siendo secundarias las circunstancias de sus actores. Hacer hincapié sólo en esta dimensión de la palabra permite sostener la ilusión de que todo pueda ser dicho sin malentendidos y con plena autonomía, con la única (y mera) premisa de que las condiciones estén debidamente controladas²⁴².

Aunque estas sean ilusiones, de ellas partimos cuando nos relacionamos con los semejantes. Y es una dimensión que tiene efectos particulares en el lenguaje, por ejemplo en palabras como patria, fraternidad, justicia, amor, seguridad, libertad, etcétera. Son palabras a las cuales se le adosa una carga erótica, pues ellas soportan una promesa de completud, de satisfacer plenamente la falta que uno experimenta. Son palabras que, según cómo operen en un discurso, tienen la propiedad de suponer un saber que diga todo de mí o de la realidad que me rodea.

²⁴¹ Watzlawick lo plantea como la imposibilidad de no comunicar, pero como noción de perpetua transmisión de información.

²⁴² Este control, como ya dije, se ejerce suprimiendo las marcas de subjetividad en el discurso.

Es en este plano del discurso donde el relato metonímico de un paciente presenta una organización completa de certidumbres, creencias, coordenadas, referencias, que constituyen lo que Freud llamó “sistema ideacional”, otro nombre del Yo. La resistencia proviene de esta masa ideacional del Yo, límite que la resistencia yoica impone al campo de la palabra, tras lo cual una palabra distinta desaparece como aquello inconsciente separado de su historia.

El Yo, cuya función es el desconocimiento, se caracteriza por un núcleo de resistencias que operan en relación a lo inconsciente, como lo que bloquea el contexto de asociación que conduce al núcleo de lo reprimido. El eje imaginario representa a las resistencias del Yo que, en su metonimia, intenta evitar y eludir toda compulsión a la repetición, que pulsa desde el eje \$-Otro.

Las resistencias aparecen en el momento en que la palabra podría ser una revelación²⁴³. Este advenimiento inconcluso, imposible; momento en que el sujeto no encuentra una salida en la identificación con el semejante. Es aquí donde las resistencias intentan torcer una insistencia del significante. La repetición es la característica general de la cadena significativa, en tanto que representa la pulsión, adquiere una tendencia compulsiva que apunta a transgredir la represión.

En la revelación se define la palabra plena, en tanto que ella realiza la verdad del sujeto como expresión del deseo inconsciente. Desajusta toda mediación de una palabra vacía, condición en la que el individuo se extravía en las maquinaciones del sistema del lenguaje, en el conjunto de referencias que la cultura le ofrece.

“El hombre está comprometido por todo su ser en una procesión de números y signos. Es en medio de esto que algo del hombre tiene que hacerse reconocer. Pero lo que tiene que hacerse reconocer, nos enseña Freud, no es expresado, sino reprimido.

Lo que en la máquina no llega a tiempo cae, simplemente, y no reivindica nada. En el hombre no sucede lo mismo, la escansión tiene vida, y lo que no llegó a tiempo permanece suspendido. De eso se trata en la represión.

No hay duda de que algo que no es expresado, no existe. Pero lo reprimido está siempre ahí, insistiendo, y demanda ser. La relación fundamental del hombre con ese orden simbólico es precisamente aquella que funda el orden simbólico mismo: la relación del no-ser con el ser.

²⁴³ Revelación: inspiración por la cual Dios nos da a conocer su voluntad y sobre la cual no hay posibilidad de respuesta, de apelación. Esta acepción de la palabra revelación nos indica lo propio de la relación entre el sujeto y el Otro, lugar del discurso que no opera como mediación de semejanzas sino como una imposición que se repite.

*Lo que insiste para ser satisfecho no puede ser satisfecho sino en el reconocimiento. El final del proceso simbólico es que el no-ser llegue a ser, que sea porque ha hablado.*²⁴⁴

Si en un plano lo importante es transmitir, en el otro lo que se revela es una demanda de reconocimiento por el Otro. Esta demanda de reconocimiento se inscribe como una vivencia de satisfacción desde la más temprana edad, cuando un bebé accede al significante: en tanto que dice palabras sin saber lo que dice, sólo busca ser reconocido en ese lugar de objeto para el deseo del Otro. En el reconocimiento del Otro opera una satisfacción que es previa a la constitución de un sentido de lo transmitido. O mejor dicho: el primer sentido que se adquiere de la palabra es la de estar en relación con la satisfacción por el reconocimiento del Otro.

Todo deseo humano es deseo de reconocimiento. Lacan extrae esta idea²⁴⁵ a partir de trabajar la dialéctica del amo y el esclavo introducida por Hegel en la Fenomenología del Espíritu. El hombre lucha por el reconocimiento, por el puro prestigio, y por ello compromete su vida. En ese sentido entra en lucha con los otros hombres, lucha que termina cuando uno renuncia a su deseo de reconocimiento y se rinde al otro. El conquistado reconoce al otro como amo y se convierte en su esclavo. La superioridad está marcada por el reconocimiento del esclavo, aunque este reconocimiento le sirva de poco, ya que viene de un esclavo, de alguien a quien el amo no considera un semejante. En esta lucha imaginaria, origen de la agresividad, el hombre se encuentra en un camino sin salida.

Pero hay otro reconocimiento, más allá del que me ofrecen los semejantes. La verdad del propio deseo en tanto que se hace enunciación en relación al Otro de donde me constituyo:

“De lo que se trata es de enseñarle al sujeto a nombrar, a articular, a permitir la existencia de ese deseo que, literalmente, está más acá de la existencia, y por eso insiste. Si el deseo no osa decir su nombre, es porque el sujeto todavía no ha hecho surgir ese nombre.

Pueden apreciar que la acción eficaz del análisis consiste en que el sujeto llegue a reconocer y a nombrar su deseo. Pero no se trata de reconocer algo que estaría allí, totalmente dado, listo para ser cooptado. Al nombrarlo, el sujeto crea, hace surgir, una nueva presencia en el mundo. Introduce la presencia como tal, y, al

²⁴⁴ Lacan, Jacques, *Seminario 2: El yo en la teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica*, ed. Paidós, Buenos Aires, 1993, pág. 454.

²⁴⁵ Véase: Lacan, Jacques, *Seminario 1: Los escritos técnicos de Freud (capítulo XVIII)*, ed. Paidós, Buenos Aires, 1993.

mismo tiempo, cava la ausencia como tal. Únicamente en este nivel es concebible la acción de la interpretación.”

246

8. La Comprensión y el malentendido

*“Un signo es lo que representa alguna cosa (y no un sujeto) para alguien (que sabe leerlo). Es así como un medico puede interpretar los signos que recoge. La semiología medica se ha vuelto científica al establecer las relaciones fijas, no problemáticas entre esos signos y las cosas que representan.”*²⁴⁷

La comprensión sería aquella operación que se rige por un orden previo de significaciones continuo y reajutable. La que se realiza como la captación intuitiva del sentido, de un mensaje oculto, supuesto en toda observación empírica. Sería una captación de sentido de los fenómenos subjetivos expresados por los síntomas sobre la base de un metalenguaje comprensible. Este cierre de la significación se despliega sobre toda psicopatología de lo mental, donde el punto de acogida del signo sobrepasa cualquier clínica.

El síntoma es psicoanalítico cuando no se lo considera ya como signo, sino como significante, que no remite a una cosa, sino al sujeto que lo enuncia. En este sentido no es reductible y solo puede transformarse accediendo a una significación particular. Esto es, ocupando un sitio en la cadena de significantes a través de la cual el sujeto se representa. En analista deberá mantenerse a la espera en el lecho de esta corriente simbólica, como semblante de ese objeto del deseo que ha dejado sus marcas, pero aún resulta inentendible para el paciente.

Tras el síntoma medico no hay marca subjetiva, sino la consistencia del objeto que la comprensión de la psiquiatría ha referenciado de un vistazo. La comprensión de estas prácticas cristaliza los síntomas como representantes de algo, un signo -infección, tóxico, degeneración, objeto fóbico, perturbación hormonal, inadaptación, etc.-. Estos a su vez se constituyen como otras tantas identidades nosológicas, que por medio de la comprensión, ordenan los signos en un discurso bien hecho de la enfermedad -TOC, ataque de pánico, paranoia, etc.-.

²⁴⁶ Lacan, Jacques, *Seminario 2: El yo en la teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica*, ed. Paidós, Buenos Aires, 1993, pág. 342.

²⁴⁷ Clavrel, Jean, *El Orden Médico*, ed. Argot, Barcelona, 1983. pág. 238.

*“Se define la psicopatología como la comprensión de la enfermedad mental mediante el análisis de sus síntomas. La psicopatología constituye la semiótica de las funciones psíquicas anormales. La psicopatología es la búsqueda de la relación de sentido entre lo psíquico y sus variaciones.”*²⁴⁸

*“Se ha pensado que la observación psiquiátrica no puede ser puramente objetiva (descripción de los comportamientos) ni puramente subjetiva (análisis introspectivo por el sujeto de sus experiencias íntimas), sino que lo esencial del conocimiento clínico de las enfermedades mentales está constituido por el “encuentro” de médico y enfermo. El examen clínico psiquiátrico constituye el más singular de los coloquios, puesto que está fundado sobre una penetración intersubjetiva entre el espíritu del observador, que pretende comprender, y el espíritu del paciente, que se abandona o retrae al contacto con el otro. Se debe escoger el nivel mas favorable para la comunicación y la comprensión.”*²⁴⁹

La comprensión del psiquiatra relacionará los signos, ubicando su contexto relacional y su lugar en la grilla del código psicopatológico. Es aquí donde puede planificarse una terapéutica para un retorno al estado anormal del paciente, siendo la comprensión aquello que define un diagnóstico y un pronóstico. La técnica psiquiátrica se fundaría en la comprensión, facilitando las condiciones de comunicación con el paciente, que permitan al profesional experimentar, compartir, en definitiva, comprender lo que el enfermo intenta transmitir conscientemente según el código previsto de lo entendible por su ciencia. La comprensión como ese “*espíritu*” que uniría al psiquiatra con la “*observación médica*”, un lugar instituido como garantía de la verdad. Alcanzar el diagnóstico como “*el más singular de los coloquios*” como un juicio de existencia que iría mas allá de todo mal entendido intersubjetivo.

¿Pero qué es la interpretación, si reconociésemos la imposibilidad de un metalenguaje?

La interpretación es aquello que operaría en sentido inverso, lo que tiende a disolver el sentido, a trastocar toda relación preconcebida entre significado y significante. Es la puntuación de una representación, es la búsqueda de un *paso de sentido*²⁵⁰, en tanto facilitador en el paciente de un tránsito subjetivo por todas las significaciones posibles para tal representación.

²⁴⁸ Alonso Ridruejo P., Medina A. Y Rubio J., *Psicología Médica*, ed. Mc Graw-Hill Interamericana, Madrid, 1996, pág. 177.

²⁴⁹ Ey H., Bernard P. y Brisset Ch., *Tratado de Psiquiatría* (8ª Edición), ed. Toray-Masson Barcelona, 1980, pág. 121.

²⁵⁰ Lacan juega con la homofonía de *pas de sens*, que significa tanto sin sentido como paso de sentido, producción de una nueva significación.

La interpretación no se guiará por el sentido, como la comprensión, es una apuesta por la disolución de sus lazos imaginarios, lazos gozosos, por donde siempre el pensamiento transita. Tránsito que se define en una repetición de esos sentidos inconscientes en los que el paciente se ha alienado. Esta repetición destinal del sentido desconoce la falta en el Otro, lugar de significación inconsciente de la representación, la falta de un sentido último para la existencia del sujeto. La neurosis obsesiva es su fórmula más acabada: un pensamiento gozoso y al mismo tiempo una producción sintomática para taponar la falta en el Otro. La interpretación se presentaría como una chance para producir una diferencia respecto de aquello a lo cual me aferro imaginariamente, aquel discurso del Otro que se ha constituido como sentido-destinal:

*“¿Qué quiere decir el sentido? El sentido consiste en que el ser humano no es el amo de ese lenguaje primordial y primitivo. Fue arrojado a él, metido en él, está apresado en su engranaje. El origen no lo conocemos, no conocemos el origen primero. El hombre no es aquí amo de su casa”*²⁵¹

Aquello que Freud marcaba en los dichos de sus pacientes como efectos de una interpretación *“esta relación de sentido no la había tenido en cuenta”* o *“eso no lo he pensado así jamás”*²⁵². Ése es el hecho fundador del psicoanálisis. La interpretación es una apuesta a que un sujeto pueda reconocer su ubicación en el orden simbólico en que fue inscripto, que cubre todo el campo de sus relaciones y con el cual tendrá que significarse sexualmente. El hombre está siempre en posición de no comprender nunca y por completo el orden discursivo que lo habita, y muchas veces lo habla desde la otra escena inconsciente.

9. La Interpretación Freudiana.

La interpretación se halla en el núcleo de la doctrina freudiana, como la puesta en evidencia del sentido latente de un material clínico. La interpretación presupondría una deducción a partir del contenido manifiesto expuesto por la narración de un paciente, sea este:

²⁵¹ Lacan, Jacques, *Seminario 2: El yo en la teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica*, ed. Paidós, Buenos Aires, 1993, pág. 453.

²⁵² Freud, Sigmund, *La Negación (1925)*, *Obras Completas (tomo IXX)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002, pág. 255.

un sueño, un síntoma, un recuerdo infantil u otra expresión. Tal contenido es conducido por las interpretaciones y sus asociaciones libres a un contenido latente, representante del deseo inconsciente reprimido.

En los primeros tiempos el trabajo de la cura consistía sobre todo en hacer presentes los recuerdos patógenos reprimidos. Sólo a medida que la dificultad de esta reconstitución mnémica se fue haciendo sentir, y especialmente con el abandono de la hipnosis, Freud se dedicó más a servirse del material que sus pacientes le traían espontáneamente y a interpretarlo. La interpretación adquiere verdadera importancia a partir del momento en que comienza a definirse la técnica psicoanalítica. Se integra en la dinámica de la cura, como ilustra el artículo sobre “*El manejo de la interpretación de los sueños en psicoanálisis*”:

*“Sostengo, pues, que la interpretación de los sueños no se debe practicar, en el curso del tratamiento analítico, como un arte en sí, sino que su uso queda sometido a las reglas técnicas que rigen todo el conjunto del tratamiento.”*²⁵³

Las reglas técnicas subordinan la interpretación al análisis de las resistencias, las condiciones transferenciales, la relación con la angustia, los modos de satisfacción sustitutiva del sujeto, etc. Por lo que se plantea la interpretación como una acción que debe seguir criterios de forma, formulación y oportunidad. No cubriendo todo el conjunto de las intervenciones del analista en la cura.

Aunque Freud no excluía la idea de que la cultura o la lengua vehiculizaban símbolos válidos para todos los seres humanos (especialmente el simbolismo sexual), pero la práctica de la interpretación imponía la regla de no apartarse de aquellas asociaciones del sujeto. Sólo él estaba en condiciones de indicar el episodio o el pensamiento que el material evocaba. Siendo solo efectiva si se habían producido las asociaciones necesarias en el paciente para su significación.

Se ha reprochado al psicoanálisis un uso sistemático de la interpretación como reducción de todo discurso y toda acción a una significación sexual estereotipada. Ya Freud criticó con el nombre de “psicoanálisis silvestre”²⁵⁴ la tendencia de ciertos médicos poco informados sobre el psicoanálisis a hacer a sus pacientes interpretaciones prematuras, mal

²⁵³ Freud, Sigmund, *El manejo de la interpretación de los sueños en psicoanálisis (1911)*, Obras completas (tomo XII), ed. Amorrrortu, Buenos Aires, 2002.

²⁵⁴ Freud, Sigmund, *Sobre el psicoanálisis “silvestre” (1910)*, Obras completas (tomo XI), ed. Amorrrortu, Buenos Aires, 2002.

elaboradas en sí mismas, y que para sus pacientes intervenían en un momento en el que todavía no podían aceptarlas. Interpretar el deseo sexual reprimido supone una sexualidad no acotable a la genitalidad. Para Freud el concepto de sexualidad contenía el mismo sentido amplio en que la lengua alemana se daba al vocablo «lieben» (amar). Demostró que la insatisfacción anímica de un paciente podía estar presente también en aquellos donde no faltase un comercio sexual normal. Los actos sexuales sólo permitirían descargar una mínima medida de las aspiraciones sexuales insatisfechas, cuyas satisfacciones sustitutivas develarían sus formas en los síntomas neuróticos.

La interpretación de textos o relatos siempre ha formado parte de nuestra tradición cultural, atravesando desde los ámbitos científicos hasta los religiosos. Cada teoría, escuela, religión, secta sea establecido generalmente sobre el objetivo de restituir el sentido original de aquello a interpretar. El intento de llegar a una última proposición, indudable y garante de un orden absoluto del sentido, ha hecho fracasar todo procedimiento hermenéutico. Aún cuando se haya constituido la filología como campo específico, esta ha subrayado que la postulación de un sentido original se revela como un mito. A partir de esta suposición, la esencia de un texto consiste en diverger entre un exceso y una carencia: sobreabundancia de los sentidos posibles, y falta de una interpretación conclusiva.

La singularidad de Freud habría consistido en la afirmación de que el sentido último de lo interpretado es sexual, y que las representaciones inconscientes están subordinadas a él como cadenas asociativas defensivas. La diferencia se establecería en que su trayecto hermenéutico no estaría basado en una idea preconcebida o en una concepción del mundo, sino en una práctica clínica. Práctica en donde los síntomas neuróticos, de apariencia incoherente, se dejan descifrar como un texto perfectamente sensato cuando se los lee como defensas contra un deseo sexual.

La interpretación esta íntimamente ligada a la sobredeterminación inconsciente de las representaciones, es decir, una representación puede remitir a varias cadenas asociativas diferentes no pudiéndose privilegiar un solo y único sentido. Por cierto, este es el modelo más espontáneo de interpretación entendida como una mera comprensión: asociar una significación a todo lo que pueda llegar a presentarse como formación del inconsciente o como síntoma. Pero este modelo espontáneo y comprensivo no lleva muy lejos. Hace de obstáculo, más que de apertura, a la prosecución del discurso.

La interpretación debe hacer valer, o al menos dejar abiertos, los efectos de sentido de la representación. Lo logra principalmente cumpliendo las funciones de *enigma* o *cita* en un relato, según como lo piensa Jacques Lacan en su seminario XVIII, y lo podemos resumir de la siguiente manera:

En la *cita* el analista marca en un punto determinado de lo que el analizante pueda decir, otra palabra que ha pronunciado un poco antes o un recuerdo que hace eco al que está relatando. El acento aquí se pone no en la significación de un término aislado, sino en las correlaciones obligadas, que hacen que en una vida se repitan los mismos temas, las mismas elecciones, el mismo destino.

En el *enigma* el analista apunta a que sus propias intervenciones se dejen oír como equívocas. Introducir al analizante en su propio lenguaje inconsciente, tomado este como una polisemia, en donde determinadas palabras maestras de su historia lo orienten en la constitución de nuevas cadenas de sentidos menos gozosas para su sufrimiento.

La interpretación tiene efectos de sentido abiertos al cuestionamiento del analizante, que no se clausuran en el establecimiento de una imagen de sí definitiva y alienante. Imagen que en modelos más compresivos del psicoanálisis, debía constituirse por medio de la identificación del paciente al Yo del analista. La interpretación introduce al sujeto a nuevas significaciones que buscan separarlo de sus posiciones gozosas. Aquellas que se organizaron alrededor de sus identificaciones con el saber del Otro, o sea, con el saber de las personas que transferencialmente ocuparon ese lugar. La disipación del pasado como cura debe seguir los mismos caminos transferenciales que fundaron la enfermedad. Por ello la interpretación debía basarse en actualización de esa relación originaria que ata al analizante con el analista según Freud.

Del sistema biológico a las estructuras clínicas.

1. Origen del estructuralismo.

El estructuralismo es un enfoque de las ciencias humanas que creció hasta convertirse en uno de los métodos más utilizados para analizar el lenguaje, la cultura y la sociedad en la segunda mitad del **siglo XX**. El término no se refiere a una escuela de pensamiento filosófico claramente definida, sin embargo, el método de interpretación que establece tiene derivaciones filosóficas de consideración. La obra de **Ferdinand de Saussure** (*Curso de lingüística General*, 1916) es considerada habitualmente como su punto de origen. En términos amplios y básicos el estructuralismo busca las interrelaciones, estructuras, a través de las cuales se produce el significado dentro de una cultura. De acuerdo con esta teoría, dentro de una cultura el significado es producido y reproducido a través de varias prácticas, fenómenos y actividades que sirven como sistemas de significación. La novedad que introduce el estructuralismo no es la idea misma de estructura, que ya está presente de forma continua a lo largo del pensamiento occidental, sino la eliminación en la misma de un concepto central que ordena toda la realidad, y el rechazo a todas las orientaciones de carácter historicista y subjetivista.

Esta perspectiva aportó significativamente a un cambio en el método de análisis de los objetos, hizo posible renunciar a la descripción de su naturaleza, cualidades y propiedades, para centrarse en las relaciones, aparentemente disimuladas, que existen entre ellos. Las conclusiones se desentienden de toda suposición de *substancia*, como aquello permanente y simple atribuido a los objetos, según los pensamientos descriptivistas y positivistas.

“El vocablo latino substantia (substancia) significa literalmente ‘la estancia debajo de’ en el sentido de ‘lo que esta debajo de’. Se supone que una substancia está debajo de cualidades o accidentes, sirviéndoles de soporte, de modo que las cualidades o accidentes pueden cambiar en tanto que la substancia permanencia; un

*cambio de cualidades o accidentes no equivale necesariamente a que la substancia pase a ser otra, mientras que un cambio de substancia es un cambio a otra substancia.”*²⁵⁵

La lingüística estructural saussuriana se establece con la distinción de todos los fenómenos que componen el lenguaje, separando aquellos que atañen a su función. La substancia sonora integraba parte de los procesos del lenguaje, pero no conformaba la base del sistema, tales fenómenos debían pertenecer al campo de estudio de la física. Del mismo modo, el funcionamiento cerebral que localiza la capacidad lingüística pertenece al estudio de la neurología. Estas substancias participaban del hecho del lenguaje pero no determinaban su condición estructural.

Con el establecimiento de la distinción entre forma y substancia el análisis se centrará en la búsqueda de una estructura relacional como fundamento de la lengua. El sustento lógico del pensamiento estructuralista podría así diferenciarse de las orientaciones de carácter historicista, atomistas y subjetivistas. El nuevo paradigma no supondrá, igualmente, una homogeneidad en todos sus posicionamientos teóricos, ni en las múltiples apropiaciones de las que ha sido objeto en los diferentes campos del saber.

El estructuralismo se constituye como una posición de análisis diferencial respecto de aquellas investigaciones diacrónicas desarrolladas hasta ese momento. Diacrónicas pues tomaban los fenómenos, para primero aislarlos, y luego, describirlos en sus cambios históricos y funcionales. El estructuralismo impone el reconocimiento de las condiciones sincrónicas en su interpretación de un fenómeno, el análisis de la simultaneidad de las relaciones.

Los elementos y factores se componen en un solo momento dado, siendo imposible aislar un elemento de la totalidad de su conjunto. Para Saussure la lengua debía necesariamente presentarse como un sistema, y como tal, no podía aclararse en una apelación a su desarrollo histórico. La investigación sincrónica era independiente de toda consideración diacrónica, prescindiéndose de toda pregunta por la temporalidad, el origen, la permanencia y la evolución. Las transformaciones pueden describirse como el paso de una estructura sincrónica a otra estructura sincrónica.

De los fenómenos del lenguaje solo la lengua era capaz de ser considerada sincrónicamente. El habla, el otro campo del lenguaje, se establecía en una relación asistémica y

²⁵⁵ Ferrater Mora, José, *Diccionario de Filosofía*, ed. Ariel, Barcelona, 1999, pág. 3397.

contingente con la estructura de la lengua. El habla solo puede concebirse en el tiempo de su acontecimiento, en tal caso, solo un análisis diacrónico podrá dar cuenta de su dinamismo. El análisis debía distinguirse en dos ejes:

*“1) el eje de las simultaneidades que concierne a las relaciones entre cosas coexistentes de donde toda intervención del tiempo es excluida y 2) el eje de las sucesiones en el que no se puede nunca considerar más que una cosa a la vez, pero donde están situadas todas las cosas del primer eje con sus cambios respectivos”*²⁵⁶

Las estructuras no se originaban por una simple acumulación de elementos, sino por el hecho de definirse como totalidades cuya agregación representa algo más que la mera suma de sus elementos. En consecuencia, deben definirse como la totalidad resultante de las relaciones que establece su ley de composición, ley de regulación interna. El concepto mismo de estructura, sin embargo, exhibe aún hoy ciertas ambigüedades. La noción se ha descompuesto en un sinnúmero de acepciones conforme al dominio de saber en la cual se involucre. Así, la concepción estructural de las matemáticas, el psicoanálisis, la antropología, la lingüística, el análisis literario, la lógica o la economía, puede asumir distintos tratamientos a los de la física, la biología, la psicología o la medicina.

2. La estructura como un sistema natural.

Para resumir como el concepto de *sistema* opera en el campo de lo mental para en orden médico, tomare la epistemología definida por las teorías constructivistas. Estas teorías extendidas en la pedagogía, la psiquiatría y la psicología, se fundamentan en el análisis de los **procesos mentales** innatos en los individuos, que evolucionan de manera interna conforme este interactúa con su entorno. Jean Piaget, su mayor referente, reúne en una misma perspectiva la biología, la lógica y la psicología en su marco epistemológico. Para esta escuela la **inteligencia** tiene dos atributos principales: la *organización* y la *adaptación*, que determinan estructuras de conocimiento. El pensar se despliega entonces desde una base genética mediante estímulos socioculturales. La información que el sujeto incorpora se aprende de un modo activo, por más

²⁵⁶ Saussure, Ferdinand de, *Curso de Lingüística General*, ed. Losada, Buenos Aires, 1945, pág. 147.

inconsciente y pasivo que parezca el procesamiento de la información. Jean Piaget caracteriza en su estructuralismo dos aspectos:

Una *compresión intrínseca*, en la que la estructura se basta por sí misma, y no necesita para ser captada recurrir a todo tipo de elementos ajenos a su naturaleza. Y una *aplicación general*, una vez establecida la estructura intrínseca de un conjunto de elementos, destacándose los caracteres generales y necesarios por sobre todas las variantes posibles.

*“Una estructura es un sistema de transformaciones, que implica leyes como sistema (por oposiciones a las propiedades de los elementos), y que se conserva o se enriquece por el juego mismo de sus transformaciones, sin que estas lleguen más allá de sus fronteras o recurran a elementos exteriores. En una palabra, una estructura comprende, de ese modo, los tres caracteres de totalidad, transformaciones y autorregulación.”*²⁵⁷

La primera propiedad es la *totalidad*, pues todos los elementos están subordinados a las leyes que caracterizan a la estructura como tal. La legalidad oposicional establece que los elementos encuentran su lugar en la estructura por oposición a los otros, constituyendo un todo que es más que la suma de las partes. La ley de composición de la totalidad no se reduce a asociaciones acumulativas, sino que le confiere al todo propiedades distintivas a las inherentes a sus elementos o su mera suma.

El todo de la estructura se impone sobre las propiedades individuales de los elementos. Es un todo que se constituye y conserva aislado de toda influencia exterior. Esto último, plantea un problema irresoluto aún para el estructuralismo no biologicista: la relación del todo y su génesis, la ahistoricidad de la estructura y la idea de un origen:

*“Entre las génesis sin estructura que supone la asociación atomista, y a las cuales nos habituó el empirismo, y las totalidades o formas sin génesis, que de tal modo corren siempre el riesgo de incorporarse al terreno trascendental de las esencias, de las ideas platónicas o de las formas a priori, el estructuralismo debe elegir, o encontrar soluciones de superación.”*²⁵⁸

La solución piagetiana se encuentra en el basamento genético de las estructuras individuales. La facultad lingüística para hablar y entender una lengua, es producto de un

²⁵⁷ Piaget, Jean, *El Estructuralismo*, ed. Proteo, Buenos Aires, 1971, pág. 10.

²⁵⁸ Piaget, Jean, *El Estructuralismo*, ed. Proteo, Buenos Aires, 1971, pág. 14.

sistema cognitivo que se encuentra en la mente-cerebro y es un conocimiento *innato*. A partir de este sistema todo conocimiento de una lengua en particular es producto de la experiencia. Estas estructuras innatas han conducido nuestra experiencia, dada por la especificidad y riqueza de los sistemas cognitivos, y por sobre una limitada experiencia disponible caracterizada por una pobreza de sus estímulos. La dotación genética de cada individuo permitiría salvar el hiato entre la experiencia y el conocimiento adquirido o los sistemas cognitivos alcanzados. Para el psicólogo cognitivista Noam Chomsky las estructuras lingüísticas forman parte de la dotación genética de los seres humanos.

*“Lo que podemos conocer está determinado por los modos de concepción del conocimiento; en consecuencia, lo que conocemos o lo que llegamos a creer depende de las experiencias específicas que despiertan en nosotros alguna parte del sistema cognitivo latente en nuestra mente”*²⁵⁹

*“Podemos llegar a saber tanto porque, en cierto sentido, ya lo sabíamos antes, aún si los datos de los sentidos fueron necesarios para despertar y dilucidar este saber, o, para decirlos menos paradójicamente, nuestro sistema de creencias son aquellos para cuya construcción está proyectada nuestra mente, en tanto que estructura biológica.”*²⁶⁰

Las estructuras biológicas del lenguaje son estudiadas bajo los mismos métodos que se aplican a cualquier otro órgano del cuerpo humano. Considerando el desarrollo del lenguaje de un modo análogo al crecimiento de un órgano corporal, en tal sentido la ciencia cognitiva explicaría la capacidad del lenguaje en términos de biología humana. Todo conocimiento del lenguaje es considerado como producto de los diferentes estados del cerebro.

La segunda propiedad estructural son las *transformaciones*, que se definen por leyes de transformación. Piaget presenta una posición diferente a las primeras nociones de estructura que se caracterizaban por ser más estáticas, como el sistema de la lengua saussuriana o las formas perceptivas gestálticas. Estas nociones explicaban ciertas transformaciones de la estructura, pero no la ubicaban como una característica fundamental, desde la perspectiva genetista las transformaciones estructuran. Estas estructuras transformacionales son evolutivas (diacrónicas) estabilizándose en estadios sincrónicos. Es un posicionamiento que tiende a pensar el proceso antes que el sistema, y la estructuración antes que la estructura.

²⁵⁹ Chomsky, Noam, *El reflexiones sobre el lenguaje*, ed. Alianza, Madrid, 1991, pág. 14.

²⁶⁰ Chomsky, Noam, *El reflexiones sobre el lenguaje*, ed. Alianza, Madrid, 1991, pág. 15.

La autoconservación, por último, es la propiedad que explica la capacidad de la estructura para estabilizarse luego de una transformación, es decir, establece un cierre momentáneo de las transformaciones.

*“Las transformaciones inherentes a una estructura no conducen mas allá de sus fronteras, sino que engendran elementos que siempre pertenecen a la estructura y conservan sus leyes”*²⁶¹

Dentro de la estructura puede haber una producción indefinida de nuevos elementos pero siempre dentro de los límites de su totalidad legal, que determinan las transformaciones y la conservación de la estructura misma.

La totalidad, transformación y autoconservación son propiedades de toda estructura, tanto sea esta biológica, lógico-matemática o social. Solo se reconocerán diferencias menores, por ejemplo en relación a lo temporal, las lógico-matemáticas serían reversibles en el tiempo y las sociales dependerían de una sucesión, de un feedback entre sus elementos. Tal idea de estructura es derivada de las nociones de organismo y sistema de las ciencias naturales, particularmente de la biología, cuyos elementos son susceptibles de ser caracterizados por una variación cuantitativa.

La red conceptual se compone de términos tales como: tensión, equilibrio, desequilibrio, atracción, rechazo, homeostasis, adaptación, transformación, autoconservación, etc. Cuyas posiciones mantienen, en definitiva, una idea de estructura-sistema fundado en mecanismos de regulación biológicos idénticos a los que se encuentran en todos los seres vivos.

3. El síndrome como sistema biológico.

*“Síntoma: Llamamos síntomas psíquicos o mentales a síntomas que son también somáticos, porque se manifiestan en y con el soma... son expresión indiciaria de una alteración que ocurre sólo en el organismo, por tanto, de naturaleza sólo biológica.”*²⁶²

²⁶¹ Piaget, Jean, *El Estructuralismo*, ed. Proteo, Buenos Aires, 1971, pág. 17.

²⁶² Castilla del Pino, Carlos, *Introducción a la Psiquiatría (tomo II)*, ed. Alianza, Madrid, 1982, pág. 36

Como definimos en la primer parte del trabajo la enfermedad, y particularmente el síndrome, se han considerado en el orden medico como una entidad biológica en sí, dentro del orden natural. Aplicándoseles los mismos criterios de clasificación, comprensión e intervención. Por consiguiente la totalidad, la transformación y la autoconservación aparecen como propiedades de todo sistema biológico, que se definiría como un conjunto que cumple alguna función fisiológica en un ser vivo.

*“Síndrome: Agrupamiento habitual de síntomas, que conforman una estructura patológica detectable y clasificable según su naturaleza, su origen, su evolución, etc.”*²⁶³

*“Un síndrome es una agrupación nosográfica y la subordinación lógica de los síntomas; es un todo, una unidad clínica cuyos elementos se relacionan entre sí por nexos de afinidad natural”*²⁶⁴

La *afinidad natural* y la *totalidad de su unidad* hace que todos los elementos de un sistema biológico estén subordinados a las leyes que lo caracterizan como tal. Esta legalidad immanente hace que los elementos encuentren su lugar en el sistema por oposición a los otros, constituyendo un todo que es mas que la suma de las partes. Aunque este conjunto tiene relaciones con el afuera, siempre se presenta como una unidad homogénea y presente.

*“Síndrome: Si un síntoma es, como he dicho, un acto aislado, conductual o aconductual, esta captado fuera de contexto. Es necesario una consideración sincrónica, puesto en consideración con otros síntomas para constituir la totalidad de un síndrome.”*²⁶⁵

Esta idea de totalidad homogénea aparece unánimemente en todas las definiciones psiquiátricas y médicas. Siendo una composición a modo de: constelación, complejo, cuadro, conjunto, agrupamiento, grupo, asociación, combinación. En muchas definiciones se utiliza más de un modo composición, pero sin que estos aparezcan como distintos, ni diferenciales, siendo presentadas como sinónimos.

La racionalidad de las agrupaciones se justifica no sólo en la temporalidad individual de cada paciente. Es importante la observación de las repeticiones en los distintos enfermos,

²⁶³ Pelicier, Yves, *Léxico de Psiquiatría*, ed. Huemul, Buenos Aires, 1977. pág.171

²⁶⁴ Porot, Antoine, *Diccionario de Psiquiatría*, ed. Labor, Barcelona, 1977. pág.1074.

²⁶⁵ Castilla del Pino, Carlos, *Introducción a la Psiquiatría (tomo II)*, ed. Alianza, Madrid, 1982, pág. 43.

manteniendo los criterios de observación racional y objetiva que aseguraría la existencia de esta totalidad en la naturaleza de los cuerpos. Para considerar a un estado como sindrómico, este debe tener una frecuencia suficiente, ser simultáneo o suceder regularmente; además de presentarse a la vista del profesional como un todo, como una uniformidad razonable. Mantiene los criterios de visibilidad y racionalidad del signo.

Un sistema biológico esta sujeto a transformaciones, lo cual quiere decir que intercambia materia y energía con el exterior. Mediante este intercambio se mantiene un equilibrio termodinámico necesario para el movimiento y la evolución. El intercambio de energía y sustancia del sistema biológico con el exterior garantiza la no llegada de la entropía al máximo, como una desviación a su determinación evolutiva. Estas transformaciones evolutivas (diacrónicas) regularmente se estabilizan en estadios de un proceso (sincrónicos). La autoconservación, por último, es la propiedad que explica la capacidad del sistema para estabilizarse luego de una transformación para un cierre momentáneo de las mismas. Siguiendo tal principio aparece en el síndrome y en la posible terapéutica la distinción de etapas o procesos del fenómeno mórbido. Los procesos del síndrome tenderían a la entropía (al caos y a la muerte) y los procesos terapéuticos (al equilibrio y a la vida).

4. La estructura como objeto cultural.

Una segunda epistemología del concepto de estructura se origina en las dicotomías significante/significado y lengua/habla de Saussure. La estructura se compondría de un puro simbolismo relacional desligado de todo fundamento biológico. Esta ya no adquiere la positividad que le daba el hecho de ser una duplicación del orden natural, sino que se funda en la negatividad de las oposiciones de sus propios elementos. No hay una propiedad exterior que garantice su existencia.

Saussure al distinguir dentro de los hechos del lenguaje, la lengua y el habla, hace de la primera el objeto por excelencia de la lingüística. En tal movimiento propuso a la lengua como el primer modelo estructural compuesto de dos dimensiones: una horizontal y necesaria, a nivel del sistema de signos con sus puras diferencias, y otra vertical y arbitraria, entre

significado y significante, que constituirían la unidad mínima del signo. La dimensión horizontal de necesidad establecía el valor para Saussure.

*“Dentro de una misma lengua todas las palabras que expresan ideas vecinas se limitan recíprocamente: sinónimos como recelar, temer, tener miedo, no tienen valor propio mas que por su oposición; si recelar no existiera, todo su contenido iría a sus concurrentes (...) Cuando se dice que los valores corresponden a conceptos, se sobreentiende que son puramente diferenciales, definidos no positivamente por su contenido, sino por sus relaciones con los otros términos del sistema. Su mas exacta característica es la de ser lo que los otros no son”*²⁶⁶

La concepción de la lengua como un sistema de diferencias, cuyas unidades son en consecuencia formas y no sustancias, definirá la principal propiedad de la filosofía estructuralista. Todo objeto, todo contenido que entre en relación con un signo, extraerá su realidad, su significación, de la estructura en que ese mismo signo se insertase, y no de su sustancia fenomenológica.

*“Todo lo precedente viene a decir que en la lengua no hay mas que diferencias. Todavía más: una diferencia supone, en general, términos positivos entre los cuales se establece; pero en la lengua solo hay diferencias sin términos positivos. Ya se considere el significante, ya el significado, la lengua no comporta ni ideas ni sonidos preexistentes al sistema lingüístico, sino solamente diferencias conceptuales y fónicas resultantes de ese sistema. Dicho de otro modo, la lengua es una forma y no una sustancia. Nunca nos percatamos bastante de esta verdad, porque todos los errores de nuestra terminología, todas las maneras incorrectas de designar las cosas de la lengua provienen de esa involuntaria suposición de que hay una sustancia en el fenómeno lingüístico”*²⁶⁷

*“El principio fundamental es que la lengua constituye un sistema, cuyas partes todas están unidas por una relación de solidaridad y de dependencia. Este sistema organiza unidades —los signos articulados— que se diferencian y se delimitan mutuamente. La doctrina estructuralista enseña el predominio del sistema sobre los elementos, aspira a deslindar la estructura del sistema a través de las relaciones de los elementos, tanto en la cadena hablada como en los paradigmas formales, y muestra el carácter orgánico de los cambios a los cuales la lengua está sometida.”*²⁶⁸

²⁶⁶ Saussure, Ferdinand de, *Curso de Lingüística General*, ed. Losada, Buenos Aires, 1945, pág. 140.

²⁶⁷ Saussure, Ferdinand de, *Curso de Lingüística General*, ed. Losada, Buenos Aires, 1945, pág. 144.

²⁶⁸ Benveniste, Émile, *Problemas de Lingüística General*, ed. Siglo, México, 1997, pág. 96.

El modelo saussuriano sirvió posteriormente a los análisis de Roman Jakobson, Roland Barthes y Jean-Claude Lévi Strauss, aplicados a los más diversos objetos: novelas, cuentos, mitos, relaciones de parentesco, moda. Los objetos culturales eran susceptibles de ser interpretados como una estructura por ser efecto de una estructura mayor, el lenguaje. Estos análisis han hecho notar que la humanidad podría definirse por el poder de crear estructuras secundarias partiendo de la lengua como superestructura multiplicadora al modo de una herramienta que sirve para fabricar otras herramientas. El lenguaje brindaba el conjunto de posibilidades formales que acompañan continuamente a todas las construcciones discursivas particulares, tendiéndoles el espejo de su propia estructura.

Los hechos sociales eran susceptibles de ser analizados como manifestaciones estructuradas, siendo cada una, un ser total, concreto y compacto. Concebidos como un orden *inmanente*, es decir, un todo regulador compuesto de una absoluta racionalidad interna, sin que esta racionalidad sea preexistente a él, ni manifiesta. La inmanencia podría describirse y circunscribirse en sus condiciones antes que considerarse en su génesis e historia. Según Levi-Strauss la racionalidad lógica de las estructuras simbólicas no dependen de las intenciones de los actores sociales ni de los accidentes históricos.

La estructura no está dada meramente por la observación de una sociedad particular, como si se tratase de observaciones empíricas sobre puros hechos, en tal caso, debería incluirse dentro de las ciencias naturales. Una estructura no es de condición natural, ni tampoco es algo que se presente en forma espontánea al establecer un ordenamiento de elementos cualquiera. Su *totalidad* sostiene que los fenómenos observados constituyen un conjunto significativo imposible de ser comprendido fuera de su orden. Así, el análisis operaría desde el todo hacia las partes de un modo deductivo.

“Ninguna ciencia puede actualmente considerar que las estructuras que pertenecen a su campo de estudio se reducen a un ordenamiento cualesquiera de partes cualesquiera. Solo es estructurado el ordenamiento que cumple dos condiciones: es un sistema, regulado por una cohesión interna; y esta cohesión, inaccesible a la observación de un sistema aislado, se revela en el estudio de las transformaciones gracias a las cuales es posible hallar propiedades semejantes en sistemas aparentemente diferentes. Como lo escribió Goethe:

*Todas las formas son semejantes, y ninguna es parecida a las otras, de tal modo que su coro orienta hacia una ley oculta.”*²⁶⁹

Lévi-Strauss toma como ejemplo las relaciones de parentesco, que no serían meros hechos sociales, sino fundamentalmente elementos de un discurso. Esto marca claramente a la lengua como estructura rectora. La prohibición del incesto y las relaciones de parentesco se dieron en lo humano una vez establecidas las condiciones necesarias para la constitución de un orden simbólico. El surgimiento del pensamiento simbólico debía exigir que las mujeres, así como las palabras, fuesen cosas cambiables. En tal sentido, se demuestra la inutilidad de buscar formas humanas naturales previas al lenguaje.

La prohibición del incesto funda el acceso del hombre al registro simbólico, a su existencial social. Es la primera ley que nos aparta del estado de naturaleza, en una discontinuidad absoluta con lo universal, espontáneo, reproductivo, instintivo y azaroso. La prohibición regula y codifica las relaciones entre los humanos, a través de los lazos de parentesco y de alianza garantizando la existencia y continuidad de un grupo. Es la regla que introduce el orden en el caos y en el azar de las relaciones, en tanto ley vehiculizada por el lenguaje, limita un impulso sexual primitivo. La instauración del tabú al incesto produce una transformación, un pasaje que no está previsto en ninguna evolución natural espontánea. Los comportamientos humanos son sustraídos de las determinaciones instintivas. No se encuentra en los animales una lengua tal como la conocemos en el hombre, ni la conformación de relaciones de parentesco similares, ni siquiera reglas punitivas para lo colectivo.

Mientras que en los organismos vivos las reglas de ajuste son inmanentes y no parecen obrar de un modo calculado, en las estructuras sociales las reglas se hallan incluidas en un pensamiento inconsciente, requiriendo cierto grado de conciencia y aprendizaje en sus actores. Las formas orgánicas carecen de reglas que ontológicamente no le fueran innatas, absolutas y positivas. Los hechos sociales tienen un carácter común, el de estar determinados por estructuras simbólicas inconscientes que definen un pensamiento colectivo. Los hombres hacen que las cosas hablen, para ello disponen de una propiedad común: el lenguaje.

La legalidad simbólica, inconsciente y colectiva carece de una causación exterior a los elementos que regula. Sus propias valoraciones carecen de una garantía última que podría asegurar una relación de causa y efecto. Las relaciones entre los elementos son puramente

²⁶⁹ Lévi-Strauss, Claude, *Antropología Estructural*, ed. Eudeba, Buenos Aires, 1984, pág. XXXV.

negativas, estableciendo una relación de causalidades múltiples, pero ninguna es única y suficiente. Al no disponer de una referencia positiva-natural para la prohibición del incesto, como para la definición de un signo, lo posible está engendrado por lo prohibido de hacer o decir.

Las relaciones de parentesco son un lenguaje, un sistema arbitrario de representaciones que determinan las relaciones de cada actor social, como también, el límite de las significaciones que esa sociedad puede darse para sí. En el análisis estructural no se trata de hechos, sino de significaciones que la estructura determina para esos hechos. Es evidente que en el seno de las relaciones de parentesco existe un hecho biológico, el ser humano se reproduce, pero este estaría inserto en un sistema que lo significa.

*“Lo que confiere al parentesco su carácter de hecho social no es lo que debe conservar de la naturaleza: es el movimiento esencial por el cual el parentesco se separa de esta. Un sistema de parentesco no consiste en los lazos objetivos de filiación o de consanguinidad dados entre los individuos; existe solamente en la conciencia de los hombres; es un sistema arbitrario de representaciones y no el desarrollo espontáneo de una situación de hecho.”*²⁷⁰

En el análisis propuesto, el orden de sucesión cronológica sería reabsorbido en una estructura matricial atemporal. Las operaciones de análisis se orientan dando una descripción estructural de la ilusión cronológica. La temporalidad no es más que una clase estructural del discurso, perteneciente y subordinada a una estructura superior, la de la lengua. El análisis se limitaría a cortes sincrónicos, y en tal movimiento, no se le concede al tiempo propiedades exteriores a las establecidas por las relaciones entre los elementos. Las variaciones históricas se circunscriben al establecimiento de correlaciones entre una estructura y otra. No se trata de una consideración evolutiva de las estructuras, sino del análisis de los resultados de sus puras diferencias.

5. La estructura y su formalización lógica.

²⁷⁰ Lévi-Strauss, Claude, *Antropología Estructural*, ed. Eudeba, Buenos Aires, 1984, pág. 49.

El estructuralismo constituyó, en un primer momento, la posibilidad de extensión del conocimiento en la ciencia más allá de los límites que se le habían reconocido durante mucho tiempo. Considérese que hasta ese momento, principios del siglo XX, el ideal de ciencia era la física matemática heredada de Galileo. La expresión del universo en valores matemáticos era la única prueba asequible. La experiencia empírica debía ser traducida en medidas cuantitativas exactas, en el caso de las ciencias sociales, el procedimiento estadístico era la técnica metodológica más utilizada.

El estructuralismo propone una nueva figura respecto de este ideal, por medio de dos modificaciones. Una recae sobre los objetos empíricos, y como desarrollamos, separando los objetos de una lengua de los objetos naturales. La segunda modificación recae sobre la matematización, reduciendo toda la diversidad sensible a caracteres matemáticos, a letras, que ya no están sujetas a medida sino a cálculo.²⁷¹ La lingüística es una de las primeras ciencias que hace de su objeto, la lengua, un campo totalmente literalizable en letras sujeto a un conjunto de operaciones lógicas.²⁷² Así la matemática extiende su campo de aplicación sin ceder en nada a su esencia, al tiempo que es más rigurosa, pues se llega a un literalismo absoluto.

*“La estructura permite formular todas las variantes teóricamente posibles (algunas de ellas aún no comprobadas empíricamente o de escasa realización), variantes deducidas lógicamente, lo que les imprime un carácter absoluto. Como observa Levi-Strauss, es la primera vez que una ciencia social consigue formular relaciones necesarias.”*²⁷³

El análisis estructuralista interviene de tal manera que todo objeto sea subordinado a su lógica relacional, pudiendo prever todas sus posibles combinaciones. Es un tipo de análisis altamente predictivo de las posibilidades combinatorias para una estructura, no así, de cuando estas podrían darse, al carecer de una idea de continuidad temporal.

El modelo epistemológico elimina de sus análisis toda cualidad, no solo aquellas de carácter valorativo: bien, mal, útil, inútil, etc., sino fundamentalmente las cualidades sensibles: pesado, liviano, rápido, lento, cálido, frío, etc. Una cualidad podrá ser considerada a título de un conocimiento menor, expresado en la lengua usual. Un objeto podría ser percibido como

²⁷¹ Esta nueva aplicación del modelo matemático Jean Claude Milner lo denominará *galeanismo extendido*. Cf. Milner, Jean-Claude, *La obra clara, (capítulo III)*ed. Manantial, Buenos Aires, 1996.

²⁷² Ejemplo de esta literalización y las operaciones lógicas podemos verlo en Chomsky y los parámetros de su Gramática Universal, o en Lacan y sus matemas de los discursos.

²⁷³ Peñalver Simó, Mariano, *La lingüística estructural y las ciencias del hombre*, ed. Nueva visión, Buenos Aires, 1972, pág. 26.

caliente, pero esta forma de reconocimiento ya no sería propiamente científica, sino fuera al modo de movimientos moleculares determinados en un cálculo. De la misma manera operó la lingüística estructural, reduciendo las cualidades sensibles de su objeto a la pura forma. Expresándose en letras matemáticas calculables según una serie de operaciones posibles, que no necesariamente incluyen criterios cuantitativos. Este proceso de matematización llegó a tal desarrollo que a fines de los años 50 la lingüística llegó a ser considerada una disciplina tan literal como el álgebra o la lógica, aunque enteramente independiente de ellas.

Para Jean Claude Milner la literalización matemática del análisis de la lingüística estructural, y en consecuencia el análisis estructuralista todo, se funda en tres aspectos que él denomina minimalistas:

“(1) Un minimalismo de la teoría: una teoría se acercará mas al ideal de la ciencia cuanto mas se imponga usar, para una potencia descriptiva máxima, un número mínimo de axiomas y conceptos iniciales.

(2) Un minimalismo de objeto: sólo se conocerá una lengua imponiéndose considerar en ella únicamente las propiedades mínimas que hacen de ella una estructura, pasible de ser descompuesta en elementos, ellos mismo mínimos.

(3) Un minimalismo de las propiedades: un elemento de una estructura tiene como únicas propiedades aquellas que están determinadas por la estructura.”²⁷⁴

Este “minimalismo lógico” tiene el carácter de un idealismo absoluto. Un objeto y su estructura son reducidos a su mínima relación en cada campo de aplicación. Los objetos se conocen por sus diferencias estructurales, carecen de relación de semejanza, por lo que las relaciones no tienen opuestos sino una diferencia pura. El análisis es reducido a sus propiedades mínimas, la de un pensamiento sin cualidades.

El estructuralismo, siguiendo esta vía, se convierte en una serie de proyectos sistemáticos y científicos que toman a la lengua como modelo, y tratan de desarrollar gramáticas: inventarios sistemáticos de elementos y de sus posibilidades combinatorias. Siguiendo este paradigma se podría explicitar la forma y el significado de todas las estructuras que se investiguen. Al contrario, los posestructuralistas investigan la forma en que se subvierte este proyecto, a causa de los propios funcionamientos textuales y/o discursivos de las estructuras

²⁷⁴ Milner, Jean-Claude, *La obra clara*, ed. Manantial, Buenos Aires, 1996, pág. 101.

simbólicas. Los estructuralistas están convencidos de que el conocimiento sistemático es posible y total en un campo, los posestructuralistas afirman su imposibilidad e incompletud.

6. El sistema freudiano y lo que no hace Uno.

Freud constituye lo inaugural de su pensamiento en el marco epistemológico del positivismo fisicalista alemán de fines del siglo XIX. Su epistemología, derivada de los modelos energéticos, se apoyaba en un paradigma sistémico análogo a los encontrados en todo organismo vivo.²⁷⁵ Así, su teorización de la clínica se explicitaba en términos como: tensión, carga, contracarga, descarga, equilibrio, condensación, desplazamiento, etc.

Las circunstancias en las que se encuentra Freud pueden equipararse a las de Saussure, considerando la inadecuación resultante entre las categorías teóricas de su época y la posibilidad de circunscribir el objeto de su análisis. Tengamos en cuenta que los dos compartieron una misma época, por lo que el desfase entre sus análisis y los paradigmas disponibles no parece casual. Freud, en tal sentido, incorporará otros modelos lógicos en su análisis: literatura, mitología, antropología, filosofía. Saussure no publicará prácticamente nada de su pensamiento hasta no haber terminado un libro que, según él, presentara los fundamentos generales de una nueva teoría. Pero este libro no verá la luz, el Curso de Lingüística General es una publicación posterior a su muerte, a partir de las notas que recopilan dos de sus discípulos.

A pesar de que Freud nunca estuvo en conocimiento de los avances epistemológicos que supusieron las ideas de Saussure, en su producción es posible rastrear una novedosa noción de estructura. Ya en 1900, desde La Interpretación de los Sueños, aparece un análisis que se centra en la distribución de los elementos oníricos según su relación de orden, y es allí, donde adquieren su valor. Esta propuesta freudiana ubica la significación del sueño como producto de las relaciones homogéneas e internas de sus propios elementos oníricos, independiente de todo significado exterior que asegure una interpretación rectora y universal.

“Es un hecho probado que la elaboración onírica no puede crear discursos originales. Por amplios que sean los discursos o diálogos coherentes o desatinados -que en el sueño se desarrollen, nos demuestran siempre en

²⁷⁵ Ver el segundo punto: La estructura como un sistema orgánico.

*el análisis que la elaboración no ha hecho sino tomar de las ideas latentes fragmentos de discursos reales, oídos o pronunciados por el sujeto, manejándolos además con absoluta arbitrariedad. No sólo los arranca de su contexto primitivo, sino que, acogiendo unos y rechazando otros, forma nuevas totalidades, resultando así que un discurso onírico coherente en apariencia se disgrega luego en tres o cuatro trozos al ser sometido al análisis. La elaboración del sueño suele hacer caso omiso en este proceso del sentido que las palabras poseían en las ideas latentes, atribuyéndoles otro completamente nuevo, un más detenido examen nos permite distinguir en el discurso onírico dos clases de elementos: unos precisos y compactos y otros que sirven de aglutinante entre los primeros y que han sido probablemente agregados para llenar un hueco, como agregamos al leer letras o sílabas que un defecto de impresión ha dejado en blanco. El discurso onírico presenta así la estructura de una argamasa constituida por grandes trozos de materias homogéneas unidas entre sí mediante un fuerte cemento.*²⁷⁶

El material tomado de la lengua común es manejado arbitrariamente en su sentido por el trabajo del sueño, en definitiva, tomado como material signifiante. Recordemos la arbitrariedad del signo lingüístico, carente de una relación natural con las cosas que garantice su significado, y solo sostenido en lo provisorio del contexto relacional opositivo de su estructuración. La nueva totalidad expresada en el relato manifiesto del sueño opera como una estructura que asigna nuevas significaciones a las representaciones. Así la laguna, el olvido, la deformación, son el defecto del relato, que Freud magistralmente, reconoce como su aglutinante. Tal huella del deseo del soñante liga, en un intento de suturar, los huecos de sentido de los puros significantes. Configuran el conjunto del sueño la materia homogénea del signifiante y el trabajo inconsciente del encadenamiento deseante, a modo de un fuerte cemento. El sueño adquiere su unidad teniendo como referencia un ombligo, un puro deseo indecible para al soñante, pero que se muestra estructurado en el relato manifiesto dado a la escucha del analista.

Según Freud el sistema onírico se organizaría únicamente como expresión de deseo, intentar representarlo es su causa y fin. En la causalidad de su orden estaría también su inestabilidad, ya que el deseo no puede representarse en su totalidad. El puro deseo persiste como un vacío central, el ombligo del sueño, proporcionado a la función de común denominador de todo el conjunto. Los sentidos expresados en el contenido manifiesto se presentan como provisorios, cambiantes con cada repetición y propensos a ligarse a grupos asociativos más amplios, ya sean estos nuevos sueños o acontecimientos de la vida diurna.

²⁷⁶ Freud, Sigmund, *Interpretación de los Sueños* (1900), *Obras Completas (tomo V)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002. pág. 419

Freud subraya la diferencia entre los deseos ocasionales que han podido motivar un sueño y el deseo formador del sueño. Estos deseos ocasionales podríamos equipararlos a aquellos anhelos de la vida conscientes que pudieron brindar la motivación para la expresión de un deseo más profundo e inconsciente. La idea de la eternidad o indestructibilidad de estos últimos, aparece como formulación teórica que explicitaría el hecho clínico de la insistencia en cada sueño de un deseo infantil. Freud aísla en el deseo infantil insatisfecho una reserva de material reprimido, siempre dispuesta expresarse, si el sueño le permite evitar la censura que pesa sobre ella.

El deseo como estructurante difiere de lo que se consideraría la satisfacción de una tendencia, que estaría mas del lado del anhelo. El cumplimiento por medio del sueño de un anhelo que quedo irrealizado en la vida diurna, reinvierte las huellas mnémicas de una primera satisfacción. Freud no dice aquí que el deseo esté exento de toda realización; afirma que desear es buscar la misma percepción que en un tiempo primero condujo a una satisfacción; pero esa búsqueda, cuando es propiamente deseo, es compatible con una demora que el aparato puede emplazar para diferir la realización.

La realización del deseo esta en relación a la repetición, pone en juego el estatuto mismo del inconsciente como lo no realizado. La satisfacción de una tendencia se liga a la búsqueda de una identidad de percepción originaria, que nunca vuelve a realizarse como tal. El principio del placer ha impulsado el deseo a la búsqueda de una identidad, la repetición como un accidente, nos evidencia la perdida irremediable de ese objeto originario. He aquí lo paradójal de la estructura del deseo: que en cumplimiento de una satisfacción repita una insatisfacción. Los elementos del sueño se encadenan provisoriamente en la totalidad de un sueño, funcionando como denominador del conjunto, aquel elemento que permanece reprimido primordialmente por estar ligado a esa primera satisfacción imposible de reproducir.

Freud concluye “La interpretación de los sueños” diciendo que lo que se presenta como porvenir en el sueño está modelado por el deseo indestructible, a imagen del pasado del soñante. ¿De qué naturaleza es ese deseo? Todo su trabajo clínico responde a esa pregunta, y lo conduce a enunciar una de las paradojas del deseo en la neurosis: el deseo de tener un deseo insatisfecho. Esta autonomización del campo del deseo define a la subjetividad humana en su demanda de absoluto amor, de reconocimiento por parte del Otro primordial. Estableciendo un economía libidinal en la que todo objeto otorgado es semblante y sustituto de uno originario, aquel que representa en definitiva, al mismo sujeto como falo del Otro.

La estructura del sueño se funda en la paradoja del deseo, ya sea en la síntesis freudiana “deseo de un deseo insatisfecho”, o en la lacaniana “el deseo es deseo del Otro”. Para el psicoanálisis el surgimiento de la paradoja es inevitable, en la medida, en que el aparato psíquico es inherente a la estructura del lenguaje. El sueño como una formación del inconsciente remite a una pluralidad de factores determinantes, esta sobredeterminado. Las formaciones resultarían de varias causas, como efecto de que una sola no basta para explicarla.

“En los sueños mejor interpretados, a menudo nos vemos obligados a dejar en la sombra un punto por observar que, durante la interpretación, aparece allí un nudo apretado de pensamientos del sueño imposible de desenredar, pero que no aporta ninguna nueva contribución al contenido del sueño. Allí se encuentra el ombligo del sueño, el punto donde éste descansa sobre lo desconocido. Los pensamientos del sueño a los que se llega durante la interpretación permanecen necesariamente sin desembocar en ninguna parte, y se ramifican por todos lados dentro de la complicada red de nuestro universo mental. En un punto más compacto de este entrelazamiento, vemos elevarse el deseo del sueño como el hongo de su micelio.”²⁷⁷

La sobredeterminación de la causas del sueño implica siempre una representación en más, como representación ex-nihilo del deseo que impide la totalización, allí donde no se inscribió una primera. No hay un lugar total de las representaciones, en esto consiste la esencia de la lógica del significante tal como lo entendemos en su estructuración. ¿Esta imposibilidad lógica es propia del objeto del psicoanálisis o inherente a todas las formas del conocimiento? En la matemática moderna hubo dos grandes “desgarraduras”, que fueron la paradoja de Russell y el descubrimiento de Gödel con su teorema. Provocaron la “gran crisis de los fundamentos” que sustentaban la matemática, con la comprobación de que las paradojas matemáticas son la consecuencia del intento de totalizar allí donde es imposible. La crisis comienza con el proyecto de constituir una lengua formal matemática, que permitiría una axiomatización de la totalidad de los fenómenos, y la captación del infinito en una escritura. Y mas específicamente, con la formalización de la teoría de los conjuntos de Cantor.

La paradoja de Russell demuestra que el conjunto de todos los conjuntos no puede contenerse a si mismo. Un ejemplo sería el catálogo de todos los catálogos que no se incluye a

²⁷⁷ Freud, Sigmund, *Interpretación de los Sueños (1900)*, *Obras Completas (tomo V)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002.

si mismo. El denominador de un conjunto de objetos normales no puede contenerse a sí mismo como elemento, por consiguiente, una totalidad no puede ser miembro de ella misma.

Los teoremas de Gödel demuestran la imposibilidad de que una teoría²⁷⁸ sea al mismo tiempo consistente y completa. Una teoría es consistente, o no contradictoria, cuando todos sus teoremas después de interpretados son verdaderos. Una teoría es completa si el sistema engendra una aserción verdadera para todos los casos. El primer teorema de Gödel expresa que la noción de verdad última no es formalizable. El segundo muestra que la no contradicción de una teoría no puede ser demostrada por la teoría misma. En definitiva las verdades solo pueden ser consistentes, sino no son aplicables a todos los elementos. Por ejemplo, supongamos dos conjuntos finitos, uno de los números naturales del 1 a 10, y otro de los pares del 1 a 10. Seguramente el primero tendrá más elementos o será mayor en su suma que el segundo. Repitamos los dos conjuntos, pero ahora, uno de todos los números naturales y otro de todos los pares. ¿Cual es mayor? Lo que era una verdad enunciable, ya no lo es.

Estas conclusiones son las mismas brindadas por Freud para el sueño y el deseo del soñante. Es imposible formular el denominador de todos los conjuntos²⁷⁹, no hay ningún lugar para él. No se lo puede poner en el interior de él mismo y por otra parte, puesto que abarca (o pretende abarcar) todo el universo de los conjuntos, no puede dejárselo afuera. La imposibilidad de totalizar la multiplicidad de los objetos del pensamiento se explicita en un denominador para el conjunto en el que equivaldrían el ser puro y el vacío.

Otra referencia estructural en la obra freudiana puede localizarse en su análisis de la neurosis obsesiva. Allí la estructura no solo aparece como un modelo de funcionamiento, sino que sobre todo, se descubre como el dominio en un campo lingüístico bien definido.

“Debo reconocer, en efecto, que todavía no he conseguido desentrañar sin residuo alguno la complicada estructura de un caso grave de neurosis obsesiva y también que no me sería posible evidenciar a través de los estratos del tratamiento y con la exposición detallada del análisis, tal estructura, analíticamente descubierta o sospechada, pues la resistencia de los enfermos y la forma en que se exteriorizan hacen difícilísima semejante

²⁷⁸ Teorema que es aplicable a todo conjunto con intención de universalidad.

²⁷⁹ Podemos considerar a cada sueño como un conjunto de elementos susceptible de agruparse en otro conjunto mayor (infantiles, de angustia, sexuales, en relación a la muerte de un ser querido, etc.). Imposible es el denominador que los abarque a todos, y no solo a los soñados, sino también a los que puedan advenir. En definitiva, que contenga a todos los sueños posibles y a su soñante. Quizás esta sea la esencia del sueño: persistir en el imposible de soñar a su soñante, el denominador de todos sus conjuntos.

labor expositiva. Pero, además, ha de tenerse en cuenta que la comprensión de una neurosis obsesiva no es ciertamente nada fácil y desde luego mucho más difícil que la de un caso de histeria. A primera vista más bien nos inclinaríamos a suponer lo contrario. El conjunto de medios de que se sirve la neurosis obsesiva para exteriorizar sus ideas secretas, o sea el lenguaje de la neurosis obsesiva es como un dialecto que debía sernos más inteligible por ser más afín que el histérico a la expresión de nuestro pensamiento consciente. Ante todo, no integra aquel salto desde lo anímico a la inervación somática -la conversión histérica-, que nuestro intelecto no puede jamás secundar. “²⁸⁰

Las neurosis parecerían exteriorizar un pensamiento inconsciente proveniente de una lengua interna. Un dialecto singular del neurótico construido del material de la lengua usual. La neurosis sería una estructura ideacional inconsciente que toma sus elementos de la lengua común a los hablantes, aunque disponiendo arbitrariamente de los sentidos originales de cada palabra. Este análisis coincide con una de las hipótesis estructuralistas donde lo propio de lo humano es poder crear estructuras secundarias, partiendo de la lengua como superestructura multiplicadora. El lenguaje brindaría el conjunto de las posibilidades formales que acompañan continuamente a todas las construcciones discursivas particulares, tendiéndoles el espejo de su propia estructura. Un dialecto, como variación de un idioma, muestra una serie de accidentes lingüísticos que un grupo de personas comparte como rasgo de identidad. Esta construcción, que comúnmente define una porción territorial y poblacional, solo es rastreable en la historia singular de esa comunidad. Del mismo modo, los sucesos infantiles determinan una serie de acontecimientos que terminarán de dar forma al dialecto neurótico.

También puede rastrearse una noción de estructura en el uso que da Freud del término *complejo*. Este define un conjunto organizado de representaciones y recuerdos dotados de un intenso valor afectivo, parcial o totalmente inconsciente. Las asociaciones que un paciente establece dependerían de una disposición relativamente fija de cadenas asociativas, demostrando la existencia de estos complejos ideacionales subyacentes. Un complejo se reconoce cuando las situaciones nuevas en la vida de una persona son desplazadas inconscientemente a situaciones infantiles; tales las acciones estarían modeladas por una estructura inconsciente invariable.

²⁸⁰ Freud, Sigmund, *A propósito de un caso de neurosis obsesiva* (1909), *Obras completas* (tomo X), ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002. pág. 120.

El complejo freudiano designaría al sistema de relaciones interpersonales en cual el sujeto fue inscripto desde su más temprana edad, con la cual se identifica y significa su existencia. Este conjunto de identificaciones, imagos paternas interactuantes, proporcionan un guión en donde el sujeto es llevado a interpretar el drama de los conflictos que se desarrollan. Dentro del grupo de complejos que identifica Freud se encuentran particularmente en el complejo de Edipo y el complejo de castración, y con un menor desarrollo el complejo paterno y materno.

7. Una lectura freudiana del estructuralismo.

A pesar de la precisión de algunos textos freudianos, la noción de estructura o sistema permaneció sin mayores desarrollos en los continuadores. Es Jacques Lacan quien emprende una relectura de los textos freudianos desde los desarrollos de la lingüística y la antropología estructural. Su énfasis estuvo centrado en explicitar el conjunto de relaciones simbólicas que estructuraban el psiquismo, sin la apelación a una ontología naturalista. Argumento que lo oponía al revisionismo biologicista y psicologizante del discurso psicoanalítico iniciado por los posfreudianos.

El lenguaje será el modelo paradigmático: *“El inconsciente esta estructurado como un lenguaje”*. Estar estructurado y ser como un lenguaje representaba una tautología para Lacan, siendo la analogía inconsciente-lenguaje, o más específicamente inconsciente-cadena significante, un nuevo fundamento ontológico para el psicoanálisis. Para él, el psicoanálisis sostenía un orden de significantes puros que existía antes que sus significados, cuyo orden de estructura puramente lógica era el inconsciente. Esta es la diferencia fundamental con la lingüística saussuriana, al postular un lenguaje compuesto de puros significantes y no de signos.

El significante, por lo menos en un primer momento de la relectura lacaniana, se demuestra análogo a las representaciones cosas (*sachvorstellung*), y el significado como representación palabra (*wortvorstellung*). Para Freud el sistema inconsciente contenía las investiduras de cosa de los objetos, o sea las primeras y verdaderas investiduras de objeto; el sistema preconscious se conformaba cuando esta representación de cosa eran sobreinvertidas por el hecho de estar ligada a las representaciones de palabra que le corresponden. Las

sobreinversiones conformaban una organización psíquica más elevada y hacían posible el reemplazo del proceso primario por el proceso secundario que reinaba en el preconsciente. Las representaciones cosa componían un grupo asociativo aislado de la conciencia, como aquellas primeras huellas mnemónicas inconscientes sometidas a los mecanismos del proceso primario cuyo funcionamiento estaba caracterizado, en el plano económico, por el libre flujo de la energía y por el deslizamiento del sentido. El inconsciente era por excelencia el lugar de esos procesos, cuyos mecanismos específicos son el desplazamiento y la condensación como modos de pasaje de una representación a otra. A la inversa, los procesos secundarios se caracterizaban en el plano económico por estar ligados y por un control del flujo energético sometido al principio de realidad. El sistema preconsciente-consciente era el lugar de los procesos secundarios, que son el verdadero soporte del pensamiento lógico y de la acción controlada. Por el contrario, los procesos primarios corresponden a un pensamiento libre, imaginativo, en el que el movimiento de los significantes no sufre el peso de los conceptos, como Freud lo ejemplariza en el caso del trabajo del sueño.

En 1957 Lacan en su conferencia "La instancia de la letra en el inconsciente" añadió dos nuevos elementos a su teoría, partiendo de su lectura de un artículo del lingüista Roman Jakobson²⁸¹ sobre la afasia, una patología del lenguaje. Allí se pone de manifiesto la estructura bipolar del lenguaje, gracias a la cual el ser hablante efectúa sin saberlo dos tipos de actividades: una tiene que ver con la *semejanza* y se refiere a la *selección* de los paradigmas o "unidades de lengua"; la otra remite a la *contigüidad* y concierne a la *combinación* sintagmática de esas mismas unidades. Jakobson demuestra que los trastornos del lenguaje consecutivos a una afasia a veces privan al individuo de la actividad de selección, y otras veces de la actividad de combinación. Los trastornos de la primera impiden que el sujeto recurra a la metáfora y los trastornos de la segunda le vedan toda actividad metonímica. Lacan asemeja la noción freudiana de condensación a la metáfora, y el desplazamiento a la metonimia.

La metonimia traduciría la función de conexión de los significantes entre sí, y la elisión del significado que remitiría al objeto del deseo faltante en la cadena. La operatoria metonímica se ligaría a la falta-en-ser del discurso del yo, que se desplazaría constantemente en relación al deseo. Se marcaría una irreductibilidad que mantendría las resistencias a lo reprimido.

281 Jakobson, Roman y Halle, Morris, *Fundamentos del Lenguaje*, ed. Ayuso, Madrid, 1974.

La metáfora daría la clave de una función de sustitución de un significante por otro, mediante la cual es representado el sujeto. Esta sustitución solo sería posible gracias al franqueamiento de las resistencias, habilitando un pasaje del sujeto al sentido del deseo. La metáfora se define por la implantación en la cadena significativa de un nuevo significante, por medio del cual, se generaría un efecto de significación. La función metafórica designaría lo propio del saber inconsciente como aquello afectado por la castración, al representar el imposible de significarlo todo.

La enseñanza lacaniana se vuelve sobre el signo saussuriano, partiendo de una crítica a su unicidad en la que se implican recíprocamente significado y significante. Todo signo implicado en el habla se demuestra inestable, fluido y siempre dispuesto a deshacerse, sometido a un deslizamiento constante. Resultaría imposible establecer un lazo estable de uno a uno entre significantes y significados, este movimiento puede ser temporalmente detenido en un lugar referencial del discurso, como si fuera un punto de almohadillado²⁸². Estos puntos de detenimiento de la cadena significativa producirían la ilusión necesaria y momentánea de un sentido fijo, anudando significado y significante en la masa siempre flotante de las significaciones. Esta convergencia permitiría situar retrospectivamente y prospectivamente todo lo que sucede en un discurso. En el lugar de la metáfora un significante atraviesa la barra resistencial pudiendo extraer un nuevo sentido, lo cual es posible, si se ha constituido una identificación con el significante originario, el del Nombre-del-Padre.

Lacan destaca la barra que separa significado y significante, acentuando la autonomía del significante con respecto a todo significado preestablecido. Como consecuencia el lenguaje carecería de un sentido uniforme que nos resguarde del malentendido que corroe todo acto de comunicación entre los hombres. Al romper la unidad del signo, reflejada en el círculo que contenía significante y significado, se destaca el status del significante por su poder para producir efectos de significado una vez levantadas las represiones. Lacan lo escribe en su algoritmo con mayúscula y en la parte superior, acentuado su preponderancia, al tiempo que se deshace del círculo que lo aísla y las flechas que indicaban su complementariedad biunívoca con el significado.

²⁸² Puntos de unión de las paredes exteriores con los que se realiza un almohadón para impedir que la masa informe del relleno se mueva libremente.

El inconsciente y el lenguaje estarían solidariamente articulados, de tal manera que el inconsciente es una *dimensión del decir*²⁸³ que se instituye sobre el terreno de los significantes reprimidos. El lenguaje sería la condición misma del inconsciente al tenderle el espejo de su propia estructura. Si en el inconsciente *eso* habla, lo hace en cuanto *eso* depende enteramente del lenguaje, no solo en el plano formal, sino también a nivel nodal y estructural.

Esta otra escena, que escapa a la conciencia yoica, sería el inconsciente como discurso del Otro. Ese Otro que por efecto de la represión es inaccesible e interiorizado, es instituido como el tesoro de los significantes y el sitio desde donde se despliega la palabra. En tal estructuración simbólica el sujeto del inconsciente encuentra, una vez que recibe en forma invertida lo reprimido de su propio mensaje, su ubicación en el orden simbólico en que fue inscripto por el Otro. Este sería el sitio fundante de la palabra que cubriría todo el campo de las relaciones del hablante con sus semejantes, y desde el cual tendrá que significarse sexualmente.

Aunque Lacan se vale de muchas nociones lingüísticas para sus desarrollos, evidencia también profundos desacuerdos. La estructura signifiante, a diferencia del uso lingüístico o lógico-matemático, es una estructura en falta. En este lugar de lo faltante insistiría la inscripción de una imposibilidad, el objeto del deseo. El psicoanalista operará en la articulación de la estructura signifiante del Otro y un cuerpo pulsional, en donde la castración deberá instaurar la posibilidad de una marca subjetivante. Metáfora de un real irrepresentable en el campo del Otro que sustituye el propio cuerpo sexuado del hablante.

Para seguir avanzando sería bueno que revisemos que noción de inconsciente tiene el análisis estructural:

“Las leyes lingüísticas designan un nivel inconsciente en un sentido no-reflexivo, no histórico del espíritu, este inconsciente no es el inconsciente freudiano de la pulsión, del deseo, del poder de simbolización; es más un inconsciente categorial, combinatorio; es un orden finito o de la finitud de un orden, pero un orden que se ignora.

²⁸³ Lacan establece un neologismo por describir esta relación, por la homofonía en francés de *dimension* (dimensión) y *dit-mansion* (dicho-mansión).

*Digo inconsciente kantiano pero solo por su organización, porque se trata mas bien de un sistema categorial sin referencia a un sujeto hablante.*²⁸⁴

Levi-Strauss declara en varias ocasiones que su posición filosófica es la de un kantianismo sin sujeto trascendental. En tal sentido, el pensamiento en ningún momento se separa de la objetividad de los códigos. El pensamiento se fundaría en una estructura inconsciente que permanece totalmente ignorada para hablante. Es la palabra el intermedio entre la estructura inconsciente y el acontecimiento consciente del pensamiento que dominaría un sujeto.

El proceso del habla es un conjunto de acontecimientos, fluctuaciones y cambios dados por la experiencia, y percibibles directamente por los sentidos. Existiendo una radical división entre procesos conscientes y estructuras inconsciente, en la que todo proceso contingente y múltiple sería analizable según estructuras compuestas por un numero limitado de elementos y combinaciones.

La estructura permanecería invariable, ahistórica, objetiva y desconocida para el hablante, aislada de toda reflexión particular ejercida por él. Valga de ejemplo, lo restringido del campo subjetivo que le asigna Benveniste a la noción de sujeto, homologable al yo, mero índice pleno de conciencia de su discurso.

*“¿A que yo nos referimos? A algo muy singular, que es exclusivamente lingüístico: el “yo” se refiere al acto de discurso individual en que es pronunciado, y cuyo locutor designa. Es un término que no puede ser identificado más que en lo que por otro lado hemos llamado instancia del discurso, y que no tiene otra referencia que la actualidad. La realidad a la que remite es a la realidad del discurso. Es en la instancia de discurso en que yo designa el locutor donde éste se enuncia como sujeto”.*²⁸⁵

El yo designaría al locutor del enunciado, quien dirige su mensaje a un alocutario. Este Yo se dispone en una temporalidad única, el presente, y con la única función de indicar quién enuncia. Se propone un análisis que aborda el acto particular de comunicación, el habla, como una acción totalmente subordinada a las condiciones que le impone la lengua, reduciéndola a la condición de mera puesta en movimiento. En toda enunciación consciente e individual ya

²⁸⁴ Fages, Jean Baptiste, *Para comprender a Levi-Strauss*, ed. Amorrotu, Buenos Aires, 1974, pág. 165/6.

²⁸⁵ Benveniste, Émile, *Problemas de Lingüística General*, ed. Siglo, México, 1997, pág. 182.

estarían previstos todos los posibles efectos de significación, absolutamente subordinada a una lengua social, inconsciente y total.

Como vimos, Lacan coincide con las posiciones estructuralistas al asignarle a todo lo estructurado estarlo como un lenguaje. En este sentido, un lenguaje o una relación de parentesco, se constituyen según propiedades mínimas universales²⁸⁶, al igual que la cadena inconsciente. Pero esta última estaría causada por un emergente diferencial que permanece excluido de toda inscripción en la cadena.

“Uno de los teoremas de esta teoría (lacaniana) es que, entre las propiedades no cualesquiera de una estructura cualesquiera, al menos en tanto se la considera únicamente como estructura y en tanto se la reduce a sus propiedades mínimas, está la emergencia del sujeto. (...)”

Sea un teorema provisorio:

La estructura mínima cualquiera contiene en inclusión externa cierto existente distinguido, al que se llamará sujeto.”²⁸⁷

Como el significante es el elemento mínimo de una estructura cualquiera, este para estructurarse en relación a otro, se encuentra afectado por la emergencia del sujeto, que le confiere propiedades no cualesquiera. El sujeto es aquello que reconocemos como una propiedad particular de una cadena inconsciente: *“el sujeto es lo que representa un significante para otro significante.”*

La condición singular emerge en el intervalo entre significante y significante, como efecto de la tensión que imprime un cuerpo sexual sobre la cadena. El sujeto es este incesante emerger y desaparecer de la estructura significante inconsciente, como acontecimiento pulsional que trastoca los propios encadenamientos del sistema. Como concepto no designaría una entidad sustancial, sino una función ubicada entre la determinación significante y la afánisis (desaparición) tras la propia cadena que lo representa. El sujeto del psicoanálisis no se localiza más que en el seno de la experiencia del análisis, gracias a un dispositivo que permite capturar su afánisis y exponer su singularidad intransferible.

²⁸⁶ Ver apartado “la estructura y su lógica”.

²⁸⁷ Milner, Jean-Claude, *La obra clara*, ed. Manantial, Buenos Aires, 1996, pág. 109.

8. Conjunto covariante de elementos significantes.

La oposición inconsciente y consciente supuso para el estructuralismo una misma oposición topológica entre profundidad y superficie. La estructura inconsciente era aquella profundidad no percible en una experiencia inmediata, un fenómeno no observable sino que interpretable desde sus formaciones. Por consiguiente, el inconsciente freudiano era recepcionado por el estructuralismo como una psicología profunda o de las profundidades, la nueva ciencia para el develamiento de lo oculto en los mecanismos mentales. Lacan traza una diferencia con estas oposiciones implícitas, primero criticando la idea de una observación directa y supuestamente objetiva del objeto de estudio, como si este no fuera modificado por la propia presencia del observador. Por otro lado, también rechaza la noción de estructuras profundas o distantes de la experiencia misma, para él, el inconsciente se develaría en la “*corteza de la palabra*”.

El analista operaría sobre el lenguaje en la superficie literal de un discurso. Cuando Lacan analiza el cuento “La carta robada” de Edgar A. Poe demuestra como un objeto simbólico que circula en la superficie visible determina lo más profundo de las relaciones en los personajes. La carta²⁸⁸ representa aquello oculto y verdadero, circula a nivel de los fenómenos percibibles sin que necesariamente conozcamos su sentido absoluto para que produzca un efecto subjetivante. Antes que oposiciones binarias (verdad-mentira, superficie-profundidad, visible-oculto) lo que se establecería es una forma asimilable a la topología de una banda de Moebius, en tanto que los dos lados opositivos de la banda son en realidad continuos. Las estructuras tendrían una continuidad imposible de escindir de los fenómenos que la evidencian.

“La noción de estructura merece de por sí que le prestemos atención. Tal como la hacemos jugar eficazmente en análisis, implica cierto número de coordenadas, y la noción misma de coordenadas forma parte de ella. La estructura es primero un grupo de elementos que forman un conjunto co-variante.

Dije un conjunto, no dije una totalidad. En efecto, la noción de estructura es analítica. La estructura siempre se establece mediante la referencia de algo que es coherente a alguna otra cosa, que le es complementario. Pero la noción de totalidad sólo interviene si estamos ante una relación cerrada con un correspondiente, cuya estructura es solidaria. Puede haber, por el contrario, una relación abierta, a la que llamaremos de

²⁸⁸ Lacan juega con la identidad escritural en el francés de carta (lettre) y letra (lettre), como circula la carta también circula la letra significante determinando el des-conocimiento de los personajes y sus posiciones inconscientes.

*suplementariedad. A quienes se han dedicado a un análisis estructural, siempre les pareció que lo ideal era encontrar lo que ligaba a ambas, la cerrada y la abierta, descubrir del lado de la apertura una circularidad.*²⁸⁹

La definición a la que arriba Lacan para su idea de estructura articula las nociones de conjunto, covariancia, suplementariedad y elementos significantes. Interpretarla nos exige definir cada término en sus alcances y limitaciones.

La *noción de conjunto*, derivada de la terminología matemática, designa a una colección de elementos finitos o infinitos de propiedades y ordenes cualesquiera, que según Georg Cantor pueden “agruparse en un todo bien diferenciado a nuestra intuición o nuestra mente”. La estructura definida desde la noción de un conjunto finito evitaría las implicancias de pensar en un sistema completo y cerrado de elementos, a modo de la lengua en el análisis lingüístico. Desde esta perspectiva se podría afirmar que toda lengua es completa para significar todo lo que un hablante de la misma necesite o quiera comunicar, a este modelo de lengua Lacan lo denomina “batería signifiante”. La necesidad de pensar un conjunto no cerrado sobre sí mismo y articulado a una lógica del no-todo²⁹⁰, implicaría reconocer una carencia estructurante de la lengua al modo de que cualquier agrupación signifiante, por mas grande que sea, no contendría ni prevería todos los elementos posibles. A este modo de agrupación signifiante Lacan la denominó “tesoro signifiante”.

A raíz de esta incompletud hay un faltante que Lacan designa con la anotación $S(\mathcal{A})$. Si la ley paterna ha operado, el conjunto se pliega sobre un faltante, determinando que todos sus elementos no se signifiquen a si mismos. Cada signifiante compone en sí mismo una referencia a la falta, debido a su relación con el $S(\mathcal{A})$, y así representará al sujeto, no operando como signos. Con el $S(\mathcal{A})$ se designa la incompletud del Otro, falta que se inscribe mediante una formación del inconsciente distinta de todo signifiante del Otro, y que al mismo tiempo no taponan la falta que inscribe, representando en este sentido una marca suplementaria. En la lógica del tesoro signifiante el signifiante que inscribe la falta en el Otro, no es más, que una marca que debe descontarse en el mismo acto de sumarla. Estamos ante un denominador del conjunto indecible, un elemento que inscribe lo inefable como ineliminable, cada vez que anota una presencia se pone en acto su sustracción.

²⁸⁹ Lacan, Jacques, *Seminario 3: Las Psicosis*, ed. Paidós, Buenos Aires, 1995, Pág. 261.

²⁹⁰ Siguiendo la crítica desarrollada en el punto 5 respecto de las paradojas del todo.

La *covariancia* hace que cada uno de los significantes valga solo en la medida de su posición diferencial en el inconsciente. Los elementos del conjunto son lugares negativos del sistema de relaciones, que no poseen posiciones fijas con ningún otro elemento de la estructura o por fuera de ella. La modificación de un elemento significativo cualquiera entrañará la variación posicional, y por consiguiente significativa, de todos los demás. La covariación de los elementos implica que todos ellos son “diferenciales”, puras diferencias que logran adquirir valor a nivel de la cadena significativa inconsciente.

El significante como tal no significa nada, y como ya dijimos, su capacidad de significar depende del sistema de covariancia. Aunque se manifiesten como sucesos, sentimientos, objetos, o cualquier otra referencia posible, es una unidad caracterizada por la condición opositiva, negativa y diferencial. El significante existe en una cadena con otros, en la que cada eslabón se sella a otro, que a su vez lo liga a otros encadenamientos. Tal estructura no es un objeto real sino un hecho de discurso, que no por ello, deja de determinar la realidad del sujeto hablante, y de posicionarlo frente al universo de sus relaciones con sus semejantes y su propio cuerpo.

El desafío psicoanalítico es pensar una particular noción de estructural articulada a la práctica clínica. Reconociendo en esta idea las condiciones de incompletud e inconsistencia que la determinan. Poder tener como herramienta un conjunto teórico ficcional, que a pesar de sus limitaciones, permita realizar un análisis o un cálculo de las posibles combinatorias del acontecimiento clínico. Tal análisis nunca llegará a una certeza o a una garantía absoluta, pero es apto para ser tratado en forma racional y de ser considerado una herramienta válida al momento de paliar el sufrimiento humano.

Por su único valor aplicado a la clínica, una estructura en psicoanálisis, debería siempre ser concebida “con cuerpo”, en tanto se hallaría asociada a un real del cuerpo pulsional. La estructura se captaría en el punto donde lo simbólico tomaría cuerpo, fenómeno muchas veces percibido como dolor psíquico en el paciente. El síntoma como acontecimiento del cuerpo sería la metáfora en donde “la carne” es capturada como elemento significativo. Como la psiquiatría clasificaría los síntomas, el psicoanálisis analizaría en su clínica estructural el marco relacional significativo en la que estos se manifiestan. Su análisis operaría en sentido inverso a los criterios psicopatológicos, en tanto que vacía lo universal del síntoma como entidad nosográfica, y pone en juego lo singular del encadenamiento de sus significaciones. Mientras que uno mantiene el todo, y reduce la diferencia en función del “uno” de la clasificación de las

enfermedades mentales, suponiendo la existencia de síntomas absolutos. El psicoanálisis operará con una lógica del no-todo, en donde la unidad del yo (imagen del todo) tiene que ser reducida en su máxima diferencia a una marca singular. Huella que no encontraría garantía en las nominaciones del Otro, sino evidenciaría su propia castración. El orden médico maniobraría desde el saber instituido en su mirada fenomenológica, mientras que el psicoanálisis trazaría una interpelación de lo real, siempre reconociendo que nuestro acercamiento no es más que conjetural.

La operación clínica designaría un diagnóstico de la estructura aplicada al discurso, en esta, no se nominaría un ser de la enfermedad, ni identidad alguna. Al operar sobre los discursos proferidos en la escena transferencial tampoco se incluirá a todas las formas del decir de una persona, ni a todos los modos fijos de su padecer. El diagnóstico de estructura es aquello que permite en un segundo momento efectuar un diagnóstico diferencial, por medio del cual, es posible determinar la eficacia o el defecto de la función simbólica cumplida por la metáfora paterna, que orientaría las diferencias estructurales entre neurosis y psicosis.

A modo de cierre podríamos resumir las condiciones que determinarían a la lengua pensada como “batería significante” en el estructuralismo, y que diferenciaría al psicoanálisis desde su experiencia del inconsciente, definiéndola como “tesoro significante”. Para el primer paradigma:

- La lengua estaría causada por sí misma, rechazando cualquier causa que no sea de su propio orden. Es lo que denomina arbitrariedad del signo, no tener ningún amo fuera de él mismo. Se causaría a sí mismo, por lo tanto no hay pregunta por su origen.

- La lengua se definiría como un real representable para el cálculo, sustituible plenamente por una formalización. Se haría de la lengua una clase consistente, sin contradicción, en la cual cada segmento es posible de representar de manera aislable y unívoca.

- No se retendría al ente hablante en general, sino a modo de una función vacía, pensada como un punto sin división, sin extensión, sin pasado, ni porvenir, sin conciencia, sin inconsciente, sin cuerpo y sin otro deseo que el de enunciar.

- No se reconocería la multiplicidad singular de los entes hablantes, sino lo que es necesario para constituir un real calculable como lengua: o sea dos puntos, un receptor y un emisor. Dos posiciones simétricas dotadas de las mismas propiedades comunicativas.

Que nos muestra la experiencia del psicoanálisis:

- Se reintroduciría la pregunta por la causa, un real que no cesa de no inscribirse. Un origen que no es calculable, pero sí bordeable a partir de un trabajo sobre sus efectos en lo simbólico, su covariación significativa.

- La existencia de un punto incalculable en la lengua, la dimensión gozante del sujeto hablante, y ello no conformaría una clase consistente sino inconmensurable. El inconsciente al causarse en la identificación a la demanda del Otro, nunca es idéntico a sí mismo, ni isotópico, siempre presenta una irregularidad en sus formas, en tanto que “eso habla”.

- La lengua supondría una sustancia y no pura forma, en tanto que encarnada en seres hablantes que tratan de significarse por medio de ella en su condición mortal y sexual.

- La lengua dejaría de estar estratificada, segmentada, no se podría expulsar de ella el equivoco y la paradoja que son sus propias condiciones de existencia. En la comunicación siempre persistiría un núcleo de incomprensión, de malentendido, de asimetría, de singularidad, dado por la propia experiencia del inconsciente.

La definición de la enfermedad mental.

1. El problema del diagnóstico.

*“El arte del psicoanalista debe ser el de suspender las certidumbres subjetivas hasta que se consuman sus últimos espejismos. Y es en el discurso donde debe escandirse su resolución”*²⁹¹

La psiquiatría Alemana de fines del siglo XIX liderada por E. Kraepelin organizó un campo de fenómenos hasta entonces relativamente caótico, el psiquiátrico. Con sus manuales de enfermedades mentales se develaba la necesidad de sistematizar la formación de los psiquiatras en todo occidente. La clasificación no solamente fundaba a los objetos y los ordenaba, sino que también creaba un nuevo lenguaje. Un modo de pensamiento con reglas semiológicas que, a su vez, instauraba a los psiquiatras como agentes de su aplicación. Clasificar los fenómenos mentales suponía reconocer y designar una diferencia, presumía la existencia de un carácter común a todas las especies incluidas, y a la vez, la presencia de diferencias para justificar su separación. Por lo tanto la investigación del psiquiatra se centraba en descubrir el eje de las continuidades que diera homogeneidad a la clasificación.

En la medicina moderna estos ejes provenían de los aportes de la fisiología y la biología. Se podía establecer el origen de la enfermedad como el exceso o la deficiencia en la excitación de los tejidos, por encima o debajo de ciertos valores considerados normales. La definición de valores promedio normativos permitía cifrar las distintas medidas biológicas, pudiendo así identificar cuantitativamente la enfermedad. El establecimiento de las normas médicas conformaba conjuntos poblacionales, especies patológicas, que ya no podían considerarse en relación a un solo individuo. Este fundamento patológico y cuantitativo de las enfermedades presenta prematuramente un problema insalvable para la psiquiatría, la delimitación de sus cuadros clínicos, su designación y su clasificación, carecían de cimientos etiológicos, anatomopatológicos y fisiopatológicos. La psicopatología era una actividad que se reducía al reconocimiento de correlaciones entre fenómenos definidos como sintomáticos. Por consiguiente las enfermedades mentales existían solo en el espacio clasificatorio, su

²⁹¹ Lacan, Jacques, *Escritos I*, ed. Siglo XXI, México, 1992. pág. 72

materialidad era puramente descriptiva, y únicamente garantizada por la actitud consensuada de sus agentes más poderosos.

El espacio taxonómico operaba como una red simbólica omnicompresiva y preexistente que incluía seguramente, y por anticipado, a todo aquel que, por uno u otro motivo, llegase a ser un problema para sí mismo o para otro. Constituyendo una clave para localizar y señalar aquellos sujetos que afectaban el orden del cuerpo social, e invistiendo al psiquiatra de la autoridad para incluirlos dentro de su campo ordenado de enfermedades. La constitución del signo psicopatológico ha maniobrado borrando toda huella diferencial del síntoma tras una doble operatoria de individuación y generalización. En ese trabajo de clasificación se tiende a dar consistencia, entidad, a los síndromes como si fueran seres con una plena exterioridad. El semblante de la enfermedad psíquica nos pone en riesgo de identificar esta apariencia con un ser del enfermo. La psicopatología no debería olvidar que su discurso nos permite reconocer precisamente las apariencias, pero nada más. Pues, detrás de estas apariencias hay otras, y siempre las hay, una cadena de nombres con los cuales un paciente se identifica para remediar su falta-en-ser.

La tradición psicopatológica es profundamente nominalista, su discurso ha hecho uso de una de las posibilidades que nos da el lenguaje, la objetivación, convertir los fenómenos subjetivos en un objeto taxonómico. Por la vía de la objetivación se ofrece una identidad al paciente, esto tiene en algunos casos un efecto clínico nada despreciable, que una palabra pueda dar nombre a su angustia, ligar un afecto insoportable. La angustia es el afecto que embarga a una persona cuando, por la alguna circunstancia de su existencia, se ve confrontado con el deseo del Otro y no sabe que objeto es él para ese Otro. Un afecto certero que marca la imposibilidad de una persona para hacerse representar simbólicamente ante esa demanda inconsciente originada en ese deseo originario de su existencia. He aquí, el éxito cronificante del diagnóstico, hoy fuertemente sostenido desde la farmacopea, que un sujeto pueda reposicionarse en el marco simbólico de sus relaciones con la identificación a una especie sindrómica. Como fóbico, bipolar o toc se restablece ortopédicamente en el lazo social, cronificando el malestar en una identidad psicopatológica como único triunfo sobre la amenazada angustiante. Se cristaliza de algún modo su existencia, su adhesión irrestricta al ser de una enfermedad, que sitúa por fuera de él la responsabilidad de aquello que le pasa. Mientras que este empuje a la desresponsabilización ubique la pregunta por la causa como algo

externo a su historia, y lo aliene en la pertenencia a una clase universal, quedará cerrada para ese sujeto la posibilidad de intervenir sobre su padecer.

Se trata de diagnosticar la transferencia y no a un individuo. En lugar de proveer un diagnóstico para el caso habrá que estipular cual es el sujeto en cuestión. En psicoanálisis “neurosis obsesiva”, “fobia” u otras clasificaciones, tipifican modalidades del lazo entre analizante y analista, pero nunca son entidades o tipos individuales. En este sentido es necesario diferenciar individuo de sujeto, lo cosificable de lo subjetivo, términos que la ciencia moderna equipara.

“Los síntomas son las quejas que los pacientes comunican de forma espontánea o a través de la historia clínica. Los signos son observados por el clínico, el paciente, los amigos de este o sus familiares, e indican el funcionamiento anormal de uno o más sistemas corporales.

Un síndrome es una constelación de signos y síntomas que forman una entidad nosológica reconocible con características definidas. Es posible realizar una clasificación de los síndromes que son manifestaciones clínicas de una uniformidad razonable de la enfermedad. La enfermedad es lo que hace que el paciente reciba atención clínica y constituye la expresión de una determinada alteración. Sin embargo la presentación de una enfermedad depende de nuevos factores, incluyendo variables ambientales y de personalidad.”²⁹²

En el orden médico se verifica una reificación o cosificación de las funciones subjetivas. Estas estratagemas implican la conversión de lo subjetivo en entidades supuestamente medibles y calculables, ya sea en funciones orgánicas, conductuales o cognitivas. Las clasificaciones maniobran como metalenguajes de los discurso sintomáticos, fijando sentidos ideales y universales que suturan la “babel” de los casos. Esto es incompatible con la posibilidad de construir una nosografía psicoanalítica, dado que los metalenguajes existen como construcciones teóricas que suponen la existencia de un lenguaje objeto como instancia superadora de la falta-en-ser. Una nosografía es impensable en psicoanálisis, al modo de un metalenguaje que nos resguarden de los malentendidos del habla. En otras palabras, no hay ningún significado trascendental, quien sostenga su saber en el orden del habla humana no tiene ningún modo de decir la verdad sobre la verdad.

A esta altura del desarrollo del pensamiento epistemológico sabemos que las clases científicas y sus sistemas de clasificación son mortales, históricos, incluidos los del

²⁹² Hales R., Yudofsky S., y Talbott R., *DSM IV. Tratado de Psiquiatría (tomo III-3ª Edición)*, ed. Masson, Barcelona, 2000. pág.1659.

psicoanálisis. ¿Pero como afecta esto a la idea de enfermedad mental? Tal vez convendría conjeturar que toda nosografía tiene algo de relativo, de artificial, de artificioso, semblantes que no deberían consolidarse como imaginarios ideales y totalitarios. La nosografía hace ver que de un lado hay signos y del otro clases, y que a través del diagnóstico uno va de los signos a la clase, como si esa continuidad normativa antes de ser considerada un forzamiento prescriptivo, fuera un encadenamiento natural de las partes y el todo. Se puede decir que toda práctica del diagnóstico transforma el individuo en un ejemplar, en un objeto de una clase, que no difiere ontológicamente de cualquier clasificación de las especies.

El juego artificial, nominalista, pragmático y continuo de la psicopatologización es el resultado de un gran movimiento histórico, y seguramente seguirá vigente. ¿Pero la individuación es la única forma reconocible? El individuo está disyunto, su padecer esta exceptuado de este orden artificioso. Puede ser ejemplo de una clase universal, pero siempre una muestra con una laguna, con un resto, aquel que en su padecimiento denota un goce en el cuerpo, un exceso a las funciones immanentes del organismo. Anomalía orgánica originada en una anatomía imaginaria que Freud supo aprender de las histéricas charcotianas. Quizás en el déficit de la clase universal de las enfermedades mentales sea precisamente en donde se nos revele la división subjetiva. Nunca habrá ejemplar perfecto, la subjetividad vendría como esa marca residual cada vez que el individuo se aparta de la especie, del género, de lo general, de lo universal.

Según Freud es perfectamente posible referirse a las conductas de las personas que padecen de neurosis, describir la manera en que padecen por su causa, se defienden de ellas y con ellas conviven, pero advierte:

*“...al no descubrir el inconsciente, se descuida la gran importancia de la libido, y de juzgar todas las constelaciones tal como le aparecen al yo del neurótico.”*²⁹³

Reducir el diagnóstico a la aplicación desde el exterior de un conocimiento “analítico” no sólo no nos garantiza la posibilidad de realizar un tratamiento psicoanalítico, sino que además nos expone al riesgo de obstaculizar todo el despliegue del material inconsciente que el paciente

²⁹³ Freud, Sigmund, *Conferencias de introducción al psicoanálisis, 24° conferencia: El estado neurótico común (1917)*, Obras completas (tomo XVI), ed. Amorrotu, Buenos Aires, 2002. pág. 346.

pueda proveernos. El diagnóstico tomado como análisis de la escena transferencial es la clave que guía el trabajo. Freud establece la necesidad de que el paciente cobre el coraje de ocupar su atención en los fenómenos provocados por su enfermedad en sus relaciones y que:

“... ya no tiene permitido considerarla algo despreciable; más bien será un digno oponente, un fragmento de su ser que se nutre de buenos motivos y del que deberá espigar algo valioso para su vida posterior.”²⁹⁴

Se diferencia la neurosis, como diagnóstico, de la posición del sujeto implicado en ella, debiendo “tomar coraje” para afrontar su responsabilidad en su causación. El proceso de diagnóstico se definiría como la posibilidad, dentro de la escena transferencial, de que el analizante de cuenta y modifique su posición ante la enfermedad.

Según Freud el paciente generalmente demanda saber sobre su enfermedad, y que por medio de su pedido expresa inconscientemente su demanda de amor. El analista debe responder, pero de otra manera a lo que se demanda. Llevando al paciente al lado opuesto de las ideas que emite, esto no implica llevarlo hacia otras ideas o hacia otro diagnóstico, sino enfrentarlo al propio deseo inconsciente vehiculado deformadamente en lo que demanda. El diagnóstico aparece muchas veces como la forma de esta demanda. El consejo freudiano de “abstenerse de satisfacer la demanda” consiste en no ratificar la demanda de saber en cuanto tal, sino descifrar su deseo larvado.

La clínica psicoanalítica precisa paradójicamente su efectividad en aquellos puntos donde no posee el analista un saber dado de antemano sobre su paciente. Saber sobre el goce particular de una persona, es sin duda un saber imposible para el analista. Este campo prefigura lo incalculable de un análisis, determinando las condiciones calculables de una cura. Lo calculable de una cura son las condiciones estructurales²⁹⁵ que se organizan en rededor de los modos de defensa inconscientes.

“Evidentemente el cálculo no lo es todo, no excluye la incidencia de la causa subjetiva singular propia de cada uno, donde reside lo incalculable. Lo mejor que se puede hacer en el psicoanálisis es un cálculo que le de lugar a lo incalculable.”²⁹⁶

²⁹⁴ Freud, Sigmund, *Recordar, repetir y reelaborar*, (1914), *Obras completas (tomo XII)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1993. pág. 154.

²⁹⁵ Condiciones desarrolladas en capítulos anteriores.

²⁹⁶ Soler, Colette, *La querrela de los diagnósticos*, ed. Letra Viva, Buenos Aires, 2009. Pág. 23.

Como vimos, síntoma y relación transferencial están regulados por mecanismos inconscientes, por elementos simbólicos y combinatorios, y por ello son plausibles de cálculo. Esto ubica una tensión que prefigura la necesidad de un juicio ético en cada experiencia de análisis como determinación del malestar de cada paciente, evitando el diagnóstico como juicio moral y universal.

2. Lo universal y lo particular.

La clínica psicoanálisis ubica su práctica en torno al problema del diagnóstico: la imposible conjunción de la particularidad de la cura, y la inevitable pretensión de generalidad a la que ambicionan las categorías clínicas. En torno a este problema hay un importante debate abierto. En psicoanálisis, una forma de reconocer la existencia de un diagnóstico, sería determinando el trayecto por el cual una persona se ha ido posicionando frente a las encrucijadas fundamentales de su existencia.

Podríamos decir que hacer un diagnóstico en psicoanálisis es constituir una dirección de la cura en relación a lo que constituyó la conflictividad de una persona a lo largo de su historia. En innegable que existe, en este sentido, una dimensión de evaluación que es inherente a la marcha del tratamiento, tanto del lado del analizante como del analista, jalonando sus virajes, sus interrupciones, sus logros, los actos que pudieran derivarse, etc. Una evaluación “de” la transferencia, en tanto que el tratamiento es “en” transferencia. La disposición transferencial del paciente es clave para la aceptación o no de su demanda, y en la posición del analista frente a ella, que no será la misma en el abordaje de una psicosis, una perversión o una neurosis.

“Las estructuras representan mínimas combinatorias que intentan dar cuenta de las diferentes formas de respuesta ante la falta, que el hecho de hablar insta en el ser hablante. Por lo que el diagnóstico se refiere, en última instancia, a las distintas modalidades que puede adoptar la castración; es decir, la falta de goce con la que el lenguaje enferma al viviente, ya la variedad de posiciones que el sujeto asume en relación a ella.”²⁹⁷

“Síntoma y acto son términos medios que se borran para pasar a los extremos y al mismo tiempo para sostenerlos; a la vez, el síntoma coagula el acto y es condición de posibilidad de este. La psicopatología

²⁹⁷ Puyó, Mario, *Lo que no cesa del psicoanálisis a su extensión*, ed. Filigrana, Buenos Aires, 2001. pág. 122.

*psicoanalítica, si es algo, es una nosografía del acto, lo cual supone considerar lo que hay de real en el afecto, la deriva sin inscripción y la inscripción sin deriva, que habitualmente hemos calificado de fijación libidinal.*²⁹⁸

Suponer un abordaje del acto analítico, de sus antecedentes y de sus consecuencias, implicaría el intento de presentificar las encrucijadas existenciales de una persona antes que su ubicación estática en el campo de la enfermedad. Hacer una evaluación de cuales han sido las estrategias frente al deseo del Otro, como estructuraciones de la defensa. Estructuras que son ante todo ficciones teóricas que permiten al analista pensar el acto analítico, y no tienen nada que ver con la determinación de una realidad de hecho.

La interpretación que el analista realiza del malestar no es una sentencia, ni de una prescripción comunicable al paciente, pues no está en juego un saber científico, sino una verdad que el síntoma transferencial anuda. Un analista debe mantener para con el saber clínico la misma abstinencia que para cualquier otro, en tanto, siempre está referido a una demanda de saber objetivante de un paciente. Pues a esta altura ya sabemos, que el único saber en juego en una cura es el producido por el propio inconsciente.

Lo que incomoda a un paciente no es su singularidad, sino la particularidad del malestar expresado en su síntoma. La singularidad podríamos ubicarla en la satisfacción narcisista, en esa búsqueda del yo por un reconocimiento del Otro, como lo teorizamos en capítulos anteriores. La particularidad señala lo extraño al yo, aquello sentido como propio y ajeno al mismo tiempo. El proceso del diagnóstico psicoanalítico tendría como función revelar lo particular de eso extraño.

Para situar el síntoma neurótico el trabajo clínico no puede reducirse a la singularidad del caso: los hechos inéditos de una historia y sus asociaciones peculiares. También se deberá pasar por los enunciados particulares que reintroducen lo extraño, una vuelta *en-mas*, aquello que la metonimia de la singular narcisista evita en su buena forma discursiva.

“Reencontramos en esta vuelta en-más al psicoanálisis como aquella práctica que preserva y destaca lo mas particular del sujeto, el caso por caso. Diagnosticar no es incluir a alguien en una clase nosográfica determinada, sino incluirlo como excluido.

²⁹⁸ Ritvo, Juan y Kuri, Carlos, *Ensayo de las razones*, ed. Letra Viva, Buenos Aires, 1997. pág. 21.

Poner en acto la falta radical en la estructura, la falta constitutiva, impedirá el riesgo seductor de convertir el diagnóstico en entidad y identidad.

*Dirá Lacan: el hombre distinguiéndose de su esencia descubre su existencia.*²⁹⁹

Lo singular de un paciente podría escucharse o leerse como el relato de una experiencia, como literatura, como podrían leerse en ese registro todos los casos freudianos³⁰⁰. Lo particular aparece en lo discontinuo, aquello que se asocia a las herramientas conceptuales freudianas: deseo, satisfacción, conflicto, represión, castración, etc. Lo discontinuo como efecto de una interpretación, que devela al relato estructurado según una lógica conjeturable parcialmente en una teoría.

La particularización del síntoma definiría al proceso que podría entenderse como un diagnóstico en psicoanálisis. El analista no realiza en ello un afán clasificatorio, ni la estandarización práctica de sus intervenciones. Ni tampoco es el inicio de un proceso hacia un universal de salud o bienestar. Por el contrario, es la articulación teórica que le permite al analista expresar las primeras fórmulas del síntoma su paciente, usando las propias palabras de este último. Expresar como una particularidad diagnóstica aquello que el sujeto conoce de sí, sin reconocerse en ello.

El síntoma resiste la particularización como aquel material reprimido que permanece por fuera del reconocimiento yoico. Se presenta como esa opacidad que da presencia a un ser irrepresentable para sí y para el Otro. Tal opacidad no se reducirá con su clasificación, por el contrario, se alimentará de toda nominación que lo objetive como una exterioridad.

Cuando un paciente despliega en la escena analítica su demanda de cura, siguiendo a Freud, debemos de suponer una posición subjetiva no explicitada en esos pedidos. El enfermo cuando se dirige al profesional no espera de él pura y simplemente la curación. Confirmarlo como enfermo ocultaría la posición deseante del paciente y su demanda de amor metaforizada en sus síntomas.

²⁹⁹ Baños Liliana, *Revista Kaos nro. 3, ¿Por qué el diagnóstico?*, ed. Homosapiens, Rosario, 1995. pág. 93.

³⁰⁰ No en vano la mayor divulgación y reconocimientos de Freud fueron como escritor y no como científico.

Interpretar no solamente desarticula el discurso narcisista del yo, sino principalmente el lugar del Otro simbólico del que el analista hace apariencia. Lugar en donde el sujeto se aliena creyendo que de ese lugar simbólico emana un destino para su vida.

3. La transferencia como chance al destino

Freud estableció el término “neurosis de destino” para designar una forma de existencia propia de ciertos pacientes, caracterizada por el retorno periódico de las mismas concatenaciones de acontecimientos desgraciados en sus vidas. Estos pacientes parecían estar sometidos a una fatalidad exterior, como si existiera un condicionamiento demoníaco para ellos. Concluye para estos casos la existencia de factores inconscientes determinantes y, específicamente, la compulsión a la repetición de un ciclo aislable de acontecimientos. El paciente no tenía acceso a un reconocimiento de su deseo inconsciente más que por los acontecimientos exteriores, de ahí el aspecto “demoníaco”. Freud oponía a estos cuadros las neurosis de carácter, en donde descubría el mantenimiento rígido de un rasgo de carácter en la repetición compulsiva de mecanismos de defensa y esquemas de comportamiento.

La compulsión permite apreciar el lugar del sujeto como efecto de las representaciones inconscientes que lo destinan a encontrar su impotencia y su dominio desfalleciente ante el retorno de lo reprimido. Para dar cuenta de este hecho psíquico llega incluso a proponer el nombre de compulsión de destino como el producto de un mecanismo totalmente autónomo de los dominios yoicos.

“El destino es considerado como un sustituto de la instancia parental; si nos golpea la desgracia, significa que ya no somos amados por esta autoridad máxima, y amenazados por semejante pérdida de amor, volvemos a someternos al representante de los padres en el superyó, al que habíamos pretendido desdeñar cuando gozábamos de la felicidad. Todo esto se revela con particular claridad cuando, en estricto sentido religioso, no se ve en el destino sino una expresión de la voluntad divina.”³⁰¹

En la cita se articulan claramente la compulsión a la repetición y el destino; la satisfacción sustitutiva del síntoma y la necesidad de castigo, el imperativo moral superyoico y

³⁰¹ Freud, Sigmund, *El malestar en la Cultura*, Obras completas, tomo III, ed. Biblioteca Nueva, Buenos Aires, 2005, pág. 3055.

su vasallaje sobre el yo. De alguna manera, la enfermedad psíquica aparece en Freud como la elección inconsciente de una desdicha “divina” que habla en los síntomas. Esta defensa es ante una señal de angustia que nos revive un desamparo originario, una vida “sin Dios”, sin la creencia en Otro-causa de mi desgracia.

La ficción neurótica le asignaría una significación de omnipotencia al Otro, ante la cual el sujeto debe resignarse creyendo su destino de objeto para ese Otro. Manera particular del padecimiento o enfermar neurótico que renuncia a una posición deseante en pro de una mas gozosa, evadiendo la castración, por medio del hacerse ese objeto que completa al Otro.

Deberá renunciar a su deseo, pues este introduce un grado de incertidumbre y sin sentido que le resultaría insoportable. Planteo lo de insoportable como aquello carente de soporte para una respuesta. La pregunta por su deseo, iniciada en la demanda del Otro, confronta al sujeto anticipadamente con la falta de un significante en el campo del Otro para una respuesta. La fe neurótica se refugia en el temor de Dios con la promesa de que su tesoro significante disponga de un último significante que daría cuenta de quién soy para ese Otro. Refugiarse en el temor de esta promesa da su consistencia a un Otro gozador que aún, a pesar de todo, sabe.

Freud establece que una analista debe “*estudiar analíticamente*”³⁰² a estos pacientes. ¿Pero que implica este “*estudiar analíticamente*”? Como fuimos develando, no se trataría de la aplicación de un saber exterior. Es entonces en el interior del dispositivo, de acuerdo a la posición del paciente en la transferencia y a sus respuestas a las intervenciones del analista. Estudiar sus posiciones subjetivas antes los otros que se repiten a lo largo de su vida. Determinar estas posiciones subjetivas, diagnosticarlas, establecería que tratamiento y proceso diagnóstico no estarían separados.

Abordar el hecho clínico en términos de estructura no supone sostener un juicio esclarecedor de un individuo sobre otro. Es en sí, un esclarecimiento relacional donde el analista está incluido, y en donde los términos no son individuos sino lugares de una escena repetitiva. Lugares simbólicos que presuponen la terceridad de un orden inconsciente en el paciente que los determina.

³⁰² Freud, Sigmund, *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, 34ª conferencia: Esclarecimiento, aplicaciones, orientaciones (1933), Obras completas (tomo XXII)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002. pág. 144.

*“No porque el sentido de su interpretación (de Freud) haya tenido efectos los analistas están en lo verdadero, puesto que, aun cuando fuera justa, sus efectos son incalculables. Ella no testimonia ningún saber, pues si lo toma según su definición clásica, el saber se asegura con una posible previsión. Lo que los analistas tienen que saber es que hay un saber que no calcula, pero no por ello trabaja menos para el goce”.*³⁰³

Freud sostiene que el psicoanalista no aspira al éxito terapéutico en primer lugar; sino a poner al analizante en condiciones de revelar sus deseos inconscientes. Vale decir que las palabras del analista deben subordinarse a las consecuencias que producen las asociaciones del paciente.

*“Mociones de deseo que nunca han salido del ello, pero también impresiones que fueron hundidas en el ello por vía de represión, son virtualmente inmortales, se comportan durante décadas como si fueran acontecimientos nuevos. Sólo es posible discernirlas como pasado, desvalorizarlas y quitarles su investidura energética cuando han devenido conscientes por medio del trabajo analítico, y en eso estriba, no en escasa medida, el efecto terapéutico del tratamiento analítico.”*³⁰⁴

Para concluir podemos resumir los efectos clínicos según Freud de la siguiente manera: Estos se sitúan a nivel de la economía libidinal del paciente, de aquellas representaciones inconscientes que lo determinan. Los efectos interpretativos sobre tal material no pueden ser previstos ni forzados en ninguna dirección, diferenciándose de las técnicas fundadas la sugestión, el consejo o la prescripción. El efecto analítico redefine la noción de lo terapéutico, en tanto, esto último es consecuencia de lo primero. Para que haya efectos es necesario que el analista deponga cualquier posición de saber en el análisis de un paciente. Los efectos analíticos se relacionan directamente con la posibilidad de que el paciente se responsabilice de su padecer, pudiendo tomar una posición más activa.

³⁰³ Lacan, *Otros Escritos, Introducción Alemana a la edición de los Escritos*, ed. Paidós, Buenos Aires, 2012. pág. 585.

³⁰⁴ Freud, Sigmund, *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, 31° conferencia: La descomposición de la personalidad psíquica (1933)*, *Obras completas (tomo XXII)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002. pág. 69.

Conclusiones

“Mucho antes de que pudiera enterarme de la existencia del psicoanálisis, supe que un conocedor ruso en materia de arte, Ivan Lermolieff, había provocado una revolución en los museos de Europa revisando la autoría de muchos cuadros, enseñando a distinguir con seguridad las copias de los originales y especulando sobre la individualidad de nuevos artistas, creadores de las obras cuya supuesta autoría demostró ser falsa. Consiguió todo eso tras indicar que debía prescindirse de la impresión global y de los grandes rasgos de una pintura, y destacar el valor característico de los detalles subordinados, pequeñeces como la forma de las uñas, lóbulos de las orejas, la aureola de los santos y otros detalles inadvertidos cuya imitación el copista omitía y que sin embargo cada artista ejecuta de una manera singular. Luego me interesó mucho saber que bajo ese seudónimo ruso se ocultaba un médico italiano de apellido Morelli. Falleció en 1891 siendo senador del Reino de Italia. Creo que su procedimiento está muy emparentado con la técnica del psicoanálisis. También este suele coleccionar lo secreto y escondido desde unos rasgos menospreciados o no advertidos, desde la escoria -«refuse»- de la observación.”³⁰⁵

Cuando establecí un trayecto posible de esta tesis fue a través de su objetivo general: “Caracterizar que continuidades y discontinuidades se articulan entre la formulación del síntoma freudiano y los modelos de interpretación y clasificación del síntoma de una enfermedad mental en el orden médico”. Y especialmente en unos de los objetivos específicos: “Cotejar el tipo de lectura semiológica establecido por el campo freudiano y por las ciencias médicas”.

En todo el trayecto posterior se fue afianzando en mi interrogación por la semiología de cada campo. Como un lugar fecundo de interpretación y producción del sentido, donde la historia establecía continuidades, interrupciones y diferencias. Estudiando fenómenos significantes, objetos de sentidos, sistemas de significación, lenguajes, discursos y los procesos a ellos asociados.

Toda producción e interpretación de sentido en el campo médico y el psicoanalítico constituye una práctica signifiante, un proceso de semiosis que se vehiculiza mediante significados y se materializa en textos. Fue también la pintura un lugar de lectura que vino en mi ayuda, es por ello, que comienzo esta conclusión con la cita freudiana. Con el espíritu de

³⁰⁵ Freud, Sigmund, *El Moisés de Miguel Ángel, Obras completas (tomo XIII)*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002. pág. 227.

rescatar ese momento a finales del siglo XIX donde la pintura, la medicina y un insipiente psicoanálisis se conjuraban en busca de un método *“desde la escoria -«refuse»- de la observación”*.

Freud nos demuestra en su trabajo intrateórico la posibilidad de confrontar elementos de un cuadro sintomatológico del mismo modo que una obra artística, con un mismo método indiciario. Fracturándolos en su totalidad y articulando constelaciones de sentido a partir de los elementos similares, contradictorios, incoherentes o de coherencia subyacente. Partimos de Hipócrates y sus seguidores, que realizaban el diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad siguiendo toda una serie de pequeños indicios. Según algunos estudiosos, su semiología médica no fue superada sino hasta el siglo XVI, hasta el momento del establecimiento de la medicina moderna, que pudimos leer en sus detalles gracias a la pintura de Rembrandt. A partir de ese momento se afirman las ciencias humanas, en un paradigma de indicios que tenía como base una lengua y un método. Pero es a finales del siglo XIX donde esta “base”, de raíces antiguas, encuentra en la lectura sintomatológica otro modo posible. Otra posibilidad de semiosis partiendo de una misma genealogía médica: agrupando detalles, escoria representacional, sin apresurarse a capturar una totalidad engañosa.

Luego de haber recortado brevemente en mi investigación previa la noción de síntoma en la historia de la medicina, en una visión diacrónica, y recopilado sus definiciones actuales en manuales de medicina y psiquiatría, visión sincrónica. Pude llegar a una idea bastante clara, en la primer parte de la tesis, de la lectura semiológica que establece el orden médico sobre el síntoma.

El orden médico cuando aborda el síntoma define lo patológico, y refiere electivamente a un estado del cuerpo, en donde observa un desorden, una desviación de la norma. Esto justifica el empleo usual del sustantivo “patología” o el adjetivo “patológico”. Pero lo desviado de una norma, que originariamente se fundaba en umbrales físicos y químicos, fue un criterio aplicado más allá de las enfermedades de causación fisiológica. Con el establecimiento de la psiquiatría como especificidad en el orden médico, se definió lo mental como un órgano más. Lo mental como un órgano esencial en la adaptación a la realidad del ser humano, en tanto, una especie más del reino natural. Este supuesto de la ciencia moderna redujo toda psicopatología a una ciencia del cerebro, a una bioquímica del cerebro.

La propuesta del psicoanálisis redujo la posición subjetiva del analizante a una oposición con una norma de lo mental. El parámetro no aparece demostrado según la adaptación del

sujeto a su medio ambiente. Porque la noción misma de sujeto que presupone el psicoanálisis impide pensar una armonía con cualquier cosa en el mundo. He aquí la necesaria suposición de un objeto del deseo como una sustracción de la real, pero que al mismo tiempo, se establece como causación del funcionamiento del aparato psíquico. El concepto de sujeto es en sí disarmónico con toda realidad, no solamente en su estado presente, sino también en su causación, cobrando aquí valor la idea de conflicto en la génesis del aparato psíquico.

El psicoanálisis retoma y resignifica la noción antigua de enfermedad. Aquella que se establecía en un marco discursivo donde las pasiones y la enfermedad estaban profundamente emparentadas: las pasiones eran enfermedades del alma, como las enfermedades eran las pasiones del cuerpo, prolongándose unas a otras, suscitándose unas a otras. Se define un campo del pathos que se estructura en las pasiones desatadas por las escenas inconscientes que el analizante devela al analista. Se pasa de la positividad orgánica médica, a la estructura fantasmática de las pasiones humanas como etiología del malestar psíquico.

El fundamento biológico de la enfermedad mental, su carácter lesivo, es la preocupación fundamental del orden médico desde el siglo XIX para constituirse en un discurso científico. La nosografía y su correlato orgánico se constituyen en las dos garantías materiales definitivas de la verdad. Bajo el modelo de la biología, la psiquiatría se transforma en la ciencia objetiva de las aptitudes, de las reacciones y los comportamientos. La psiquiatría, y luego la psicología, aparecen modernamente como las ciencias de la biología de la conducta. Un traslado que implicó la naturalización de lo psíquico, y actualmente, la legitimización de las neurociencias como una biología del control moral y de la voluntad en los sujetos.

El diagnóstico psiquiátrico demuestra la posición necesariamente *pasiva* de todo paciente para su intervención. Este es leído y evaluado desde un saber clasificatorio preestablecido, que precisará su diagnóstico para aplicar objetivamente los recursos terapéuticos correspondientes a su trastorno. Desde esta concepción, diagnóstico y terapia están separados, y el primero aparece como determinante del segundo.

El psicoanálisis propone una determinante exigencia de *actividad* del analizante, su implicación inconsciente en la formación y el mantenimiento de su sintomatología. Lo que Lacan definió en sus Escritos como la “*rectificación subjetiva*”, aquello que acompaña o condiciona la verdadera entrada a un análisis. Una rectificación que va de la demanda de una cura,

supuestamente originada en una causa exterior, a que el paciente perciba su responsabilidad subjetiva en ello.

La acción terapéutica propuesta por el psicoanálisis demuestra que el devenir transferencial determina todo diagnóstico estructural como provisorio. Este diagnóstico orienta el trabajo clínico, como una conjetura de la estructura del material presentado por el paciente. Sin ser determinante de una persona en sí, sino de su relato. La novedad clínica que introdujo Freud fue situar lo dicho por el paciente como lo fundamental, no objetalizando su saber y movilizándolo constantemente a la actividad asociativa.

Otro punto divergente a resaltar es la necesidad médica de eliminar, extirpar, apartar, aislar toda sintomatología. En cambio, la condición ineliminable del síntoma demostrada en el proceso analítico otorga al ser hablante la posibilidad de arreglárselas con él. “*Su síntoma*” puede desludirse, desmarañarse, advertirle a un paciente su división en ser. Esta termina siendo la apoyatura freudiana de la práctica clínica: tomar los síntomas como el motor de una cura para la asunción de la propia castración.

Freud demuestra en su teorización que el síntoma siempre supone una satisfacción sustitutiva para el paciente. Ante una necesaria renuncia en la vida cotidiana, el sujeto enfermo encuentra un beneficio secundario inconsciente en su sintomatología. Determinando para la curación otro método que no sea directamente eliminar los síntomas. Estos son producto de deseos reprimidos, por lo que la única solución no iatrogénica aparece en movilizar al analizante a reinvertir su síntoma por una producción deseante. Esta es una secuencia que fija la experiencia analítica en: sufrimiento – satisfacción sintomática – producción deseante. Tal secuencia propone una novedad terapéutica para el campo de la salud mental.

Freud pagó tributo en su momento al biologicismo del siglo XIX, incluyendo al psicoanálisis dentro de las ciencias naturales. Pero también, dio un paso decisivo al rechazar la teoría de la degeneración mental, o al cuestionar la distinción entre lo normal y lo patológico. Si bien partió de la nosografía de su época, a la que puso en cuestión, no quedó amarrado al saber psiquiátrico. Fundó su método en el decir particular del caso por caso, rompiendo con la condición objetivante del método científico. El síntoma psiquiátrico, recortado y codificado en términos de entidades mórbidas, difiere sustancialmente de aquel que devela la experiencia del psicoanálisis en el espacio que crea la transferencia: como portador de una verdad inconsciente.

Si para la medicina el saber referencial acumulado dirige la exploración diagnóstica, la indicación de Freud³⁰⁶ es abordar un caso como si fuera el primero, prescindiendo de los conocimientos adquiridos y eliminando las convicciones preexistentes. No partir de conclusiones anticipadas, sino de una mirada de la “escoria”, de una atención flotante que considere todos los fragmentos. Poder componer un saber singular con el paciente, que no admita ser constreñido a priori por el formato clasificatorio de la práctica diagnóstica. El psicoanálisis propone la singularidad de un trayecto en la experiencia clínica, en oposición al formato médico. Este último establece su posición objetivante, su poder de autoridad, su universalización como resistencia a la propia práctica clínica. En momentos que la codificación de los síntomas alcanza una exacerbación máxima, reconozco en la teoría psicoanalítica una ajenidad a la clasificación objetivante, aunque muchas veces este diluida dentro de los saberes del “campo psi”.

Otra distinción fundamental es la idea de estructura para clínica del psicoanálisis, que supone reconocer que los fenómenos observables en un paciente solo tienen valor por su articulación con otros elementos. La simple fenomenología visible y directa de los síntomas no determina un caso, estableciéndose una clara oposición entre relación estructural en psicoanálisis y el registro fenoménico sintetizado en los síndromes del orden médico.

Si cabe la denominación posible de un diagnóstico en psicoanálisis, esta conlleva de por sí un efecto terapéutico, pudiendo nombrar la responsabilidad inconsciente del paciente en la etiología del síntoma que lo aqueja. Por advertir su implicación en la formación y en el mantenimiento del mismo. Distinto al juicio diagnóstico del agente médico que presupone una objetividad, una exterioridad y una completa comprensión del cuadro mórbido.

El sujeto que conjetura el psicoanálisis se establece desde una división subjetiva en su saber. No es plenamente consciente de lo que siente y piensa, así se invalida la idea de mentira o simulación médica. Es el síntoma ese punto de opacidad y de división que constituye, y da presencia, a un ser irrepresentable para sí y para los otros. El síntoma es la división instalada en el ser hablante, división que de él hace “sujeto”, y no un “individuo” aislable, generalizable e indivisible.

Para el Freud el síntoma no se cura, resta como la marca de una pérdida necesaria para nuestro advenimiento a la cultura. Se instituye como la marca de su castración, de su malestar.

³⁰⁶ Freud, Sigmund, *De la historia de la neurosis infantil (1918)*, *Obras completas (tomo XVII)*, ed. Amorrotu, Buenos Aires, 2002. pág. 47.

Pero su incurabilidad, demostrada en el proceso analítico, otorga al ser hablante la posibilidad de arreglárselas con él: simplificarlo, desenmarañarlo, advertirlo como su división-en-ser. Ya atemperado en sus satisfacciones sustitutivas, que se alimentaban de fantasías inconscientes, puede saber que el alivio a ese dolor no depende del Otro sino del propio obrar deseante. La dirección de la cura freudiana va de la inhibición al obrar, del universo de las fantasías neuróticas al acto deseante.

La subjetividad supone una discontinuidad, una ruptura de la causalidad, que Lacan nominó como el lugar del objeto a. Siendo precisamente una causa suplementaria que no permite reconstruir una continuidad de la enfermedad. Esta causalidad permite pensar otra idea de tiempo que no sea la linealidad médica: anamnesis – diagnóstico – pronóstico, y que la terapéutica no necesariamente suponga una restitución mecánica de un estado de salud anterior e ideal, en definitiva, mítico.

Para Freud nuestra existencia y nuestro deseo se articulan definiendo nuestra realidad, que no es otra que nuestra realidad psíquica. Realidad hecha de restos de percepciones, marcas simbólicas e imágenes yoicas. Lacan conjeturo teóricamente estos tres órdenes en real, simbólico e imaginario, considerando esta tripartición de las referencias subjetivas como su aporte a la lectura de Freud y de la experiencia del psicoanálisis.

Estos registros me permitieron avanzar a lo largo de mi trabajo, explícita o implícitamente, en un intento de analizar el objeto propuesto. Hipotetizar a partir de estos tres elementos exige una cuarta clave: ¿Cómo se articulan? ¿Cómo se articulan en un ser hablante que existe en un mundo humano desde su particularidad psíquica? Entendí, siguiendo a Lacan, esa apuesta freudiana de proponernos una cuarta consistencia, bajo la forma de un mito, de una religión, de una creencia, en definitiva: de una filiación paterna. Esa filiación paterna que necesitamos los seres hablantes para no estar completamente locos desde una perspectiva social. El padre como función mítica y lógica al mismo tiempo, que salva al neurótico en su singularidad expresada por la intermitencia inconsciente de su síntoma. Función mítica, que si es fallida, aparece en el mismo lugar como excepcionalidad cosificante en la psicosis.

Es así como se van acercando las hipótesis de la función paterna, el inconsciente y el síntoma:

“Es en la medida en que hay abertura posible, ruptura, consistencia surgida de ese agujero, lugar de existencia real, que el Inconsciente está ahí, y que lo que hace allí que ninguno pase detrás del agujero de lo Real.

*Que hay coherencia, que hay consistencia entre el síntoma y el inconsciente, excepto que el síntoma no es definible de otro modo que por la manera en que cada uno goza del inconsciente en tanto que el inconsciente lo determina.”*³⁰⁷

Es tal vez el nombre de “*sacrificio sintomático*” aquello que nos permitiría denominar esta cuarta consistencia. La que anudaría el sufrimiento y el placer, el dolor y el gozo del que pende nuestra existencia más o menos normalizada. Ya no como una ajenidad extirpable, sino como la última marca de nuestro particular sacrificio para ser adoptados en el mundo. La forma de esa renuncia originaria que Freud tantas veces nos recuerda en su obra, y describe particularmente en “*El malestar en la cultura*”.

Si algo me enseña el valor ético del psicoanálisis, antes de la terminación de cualquier tratamiento con un paciente, es la evidencia de que no todo es curable, no todo es normalizable, no todo es mi ideal. Esto lo hallé en el proceso de elaboración de esta tesis y en mi práctica clínica. Que es posible y formalizable una práctica que no deba reducirse al pensamiento único de una epistemología que acoge a las psicoterapias del orden médico. Que en alguna parte hace síntoma ese organismo del que no podemos librarnos. Que duele o deberá sublimarse en su demanda sacrificial. Que ello nos ha erosionado desde aquel primer reconocimiento del Otro Materno. Y que ello nos ubica irremediabilmente como seres hablantes en un gozo seleccionado entre otros.

³⁰⁷ Lacan, Jacques, *Seminario XXII: RSI*, seminario inédito, clase 6 del 18 de febrero de 1975.

Bibliografía General.

- AA. VV., Diccionario de Autoridades (1737), ed. Gredos, Madrid, 1990.
- AA. VV., Diccionario de Ciencias Médicas, ed. Ateneo, Buenos Aires, 1988.
- AA. VV., Diccionario de Medicina Oxford (1980), ed. Complutense, Madrid, 2001.
- AA. VV., Diccionario de Psicología, ed. Orbis, Barcelona, 1985.
- AA. VV., Diccionario Enciclopédico de las Ciencias Médicas (1979), ed. Mc Graw-Hill, México, 1984.
- AA. VV., Diccionario Enciclopédico de Enfermería (5º edición), ed. Panamericana, Buenos Aires, 1996.
- AA. VV., Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina Dorland (26ª Edición), ed. Emalsa, Interamericana, Madrid, 1988.
- AA. VV., Diccionario Enciclopédico University de términos Médicos, ed. Interamericana, México, 1981.
- AA. VV., Diccionario Espasa Medicina, ed. Espasa Calpe, Madrid, 1999.
- AA. VV., Diccionario Mosby de medicina y ciencias de la Salud (tomo II), ed. Mosby-Doyma, Madrid, 1995.
- AA. VV., Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas (12º edición), ed. Salvat, Barcelona, 1983.
- AA. VV., Diccionario de Términos de Psicología. Gran Vox, ed. Bibliograf, Barcelona, 1999.
- AA. VV., Diccionario Vox de Medicina, ed. Bibliograf, Barcelona, 1999.
- AA. VV., Dictionary of Medicine (2ª Edition), ed. Peter Colin Publishing, Londres, 1987.
- AA. VV., Gran Diccionario Médico. (tomo II - 1972), ed. Julio Garcia-Peri, Madrid, 1974.
- AA. VV., International Dictionary of Medicine and Biology (tomo II), ed. Jhon Wiley & Sons, New York, 1986.
- AA. VV., Longman Dictionary of Psychology and Psychiatry, ed. Longman, New York, 1986.
- AA. VV., Nuevo Diccionario Médico Larousse, ed. Larousse, Paris, 1956.
- AA. VV., Nuovo Dizionario Medico Ilustrato, ed. Agostini, Novara, 1979.
- AA. VV., Stedman's Medical Dictionary (23ª Edition), ed. Williams & Wilkins, Baltimore, 1997.
- AA. VV., Terminología Psiquiátrica y de la clínica Patológica, ed. Trillas, México, 1976.
- AA. VV., The British Medical Dictionary, ed. The Caxton Publishing, London, 1963.

- AA VV, *Diversidad del Síntoma*, ed. EOL, Buenos Aires, 1996.
- AA VV, *Inhibición, Síntoma y Angustia*, ed. Lugar, Buenos Aires, 1991.
- AA VV, *Naturaleza y (o) Lenguaje*, ed. Universidad Nacional de Rosario, Rosario 1996.
- Abbagnano, Nicola, *Diccionario de Filosofía* (1960), ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1994.
- Alonso Ridruejo P., Medina A. y Rubio J., *Psicología Médica*, ed. Mc Graw-Hill Interamericana, Madrid, 1996.
- Amigo, Silvia, *Paradojas clínicas de la vida y la muerte*, ed. Homosapiens, Rosario, 2003
- Ariel, Alejandro, *La Responsabilidad del Analista*, ed. Estilos, Buenos Aires, 1991.
- Alemán, Jorge, *El porvenir del Inconciente*, Grama ediciones, Buenos Aires, 2006.
- APA, The American Psychiatric Association's, *Psychiatric Glossary*, ed. American Psychiatric Press, Washington, 1984.
- Arrivé, Michel, *Lingüística y psicoanálisis*, ed. Siglo XXI, México, 2001.
- Arrivé, Michel, *Lenguaje y psicoanálisis, lingüística e inconsciente*, ed. Siglo XXI, México, 2004.
- Arnold W., Eysenk H. y Meili R., *Diccionario de Psicología* (tomo III), ed. Rioduero, Madrid, 1979.
- Austin, Jhon, *Como hacer cosas con palabras*, ed. Paidos, Buenos Aires, 2003.
- Barthes, Roland, *La aventura semiología*, ed. Paidos, Barcelona, 1990.
- Battegoy R., Glatzel J., Pöldinger W. y Rauchfleisch U., *Diccionario de Psiquiatría*, ed. Herder, Barcelona, 1989.
- Baudrillard, Jean, *Crítica de la economía del signo* (1972), ed. Siglo XXI, México, 1982.
- Benveniste, Emile, *Problemas de Lingüística General*, tomo I, ed. Siglo XXI, México, 1997.
- Belloch, Amparo y otros, *Manual de Psicopatología*, ed. McGraw-Hill, Madrid, 1995.
- Blumenberg, Franz y Kury, Helmut., *Diccionario Rioduero de Psicología*, ed. Rioduero, Madrid, 1979.
- Borges, Jorge L., *Obras Completas* (tomo I), *Artificios*, ed. Emece, Barcelona, 1986.
- Borges, Jorge L., *Obras Completas* (tomo II), *El Hacedor*, ed. Emece, Barcelona, 1986.
- Braunstein, Néstor, *Psiquiatría, Teoría del sujeto, Psicoanálisis (Hacia Lacan)*, ed. Siglo XXI, México, 1985.
- Braunstein, Néstor, *Goce*, ed. Siglo XXI, México, 2005.

- Braier, León, Diccionario Enciclopédico de Medicina (4ª edición), ed Jims, Barcelona, 1991.
- Braier, León, Diccionario de Psicología, ed. López, Buenos Aires, 1988.
- Bruno, Frank, Diccionario de Términos Psicológicos Fundamentales, ed. Paidós, Buenos Aires, 1986.
- Brussel J. y Cantzlaar G., Diccionario de Psiquiatría, ed. Compañía Editorial Continental, México, 1977.
- Canguilhem, Georges, Lo Normal y lo patológico, Siglo XXI, México, 1985.
- Carrasco J., Baldomero E., Perera J. y García E., Manual de Psiquiatría, ed. Ars Medica, Barcelona, 2002.
- Carter G., Dodds G. y Cunningham P., Dictionary of Midwifery and Public Health, ed. Faber and Faber, London, 1963.
- Castilla del Pino, Carlos, Introducción a la Psiquiatría (tomo II), ed. Alianza, Madrid, 1982.
- Castilla del Pino, Carlos y AA. VV., Aspectos Cognitivos de la esquizofrenia, ed. Trotta, Madrid, 1991.
- Changeux, Jean-Pierre, El Hombre Neuronal, ed. Espasa Calpe, Madrid, 1986.
- Chomsky, Noam, *El reflexiones sobre el lenguaje*, ed. Alianza, Madrid, 1991.
- Clavrel, Jean, El Orden Médico, ed. Argot, Barcelona, 1983.
- Cosentino, Juan, Lo real en Freud: sueño, síntoma, transferencia, ed. Manantial, Buenos Aires, 1992.
- Corominas, Joan, Diccionario Crítico Etimológico Castellano e Hispano (tomo V), ed. Gredos, Madrid, 1983.
- Corsini, Raymond, The Dictionary of Psychology, ed. Brunner and Mazel, Philadelphia, 1999.
- Corsini, Raymond, Encyclopedia of Psychology, ed. Jhon Wiley and Sons, New York, 1994.
- Cortada, Francisco, Diccionario Médico Labor (tomo III), ed. Labor, Buenos Aires, 1970.
- Derrida, Jacques, La Escritura y la Diferencia, ed. Anthropos, Barcelona, 1989.
- Derrida, Jacques, La Diseminación, ed. Fundamentos, Madrid, 1975.
- Díaz, Esther, La Filosofía de Michel Foucault, ed. Biblos, Buenos Aires, 1995.
- Dor, Joel, Introducción a la Lectura de Lacan I, ed. Gedisa, Barcelona, 1985.
- Dor, Joel, Introducción a la Lectura de Lacan II, ed. Gedisa, Barcelona, 1994.

Doron, Roland y Parot Françoise, *Dictionarie de Phychologie*, ed. Presses Universitaires de France, Paris, 1991.

Dorsch, Friedrich, *Diccionario de Psicología*, ed. Herder, Barcelona, 1977.

Drever, James, *Diccionario de Psicología (7ª Edición)*, ed. Cepe, Buenos Aires, 1975.

Ducrot, Oswald y Todorov, Tzvetan, *Diccionario Enciclopédico de las ciencias del Lenguaje*, ed. Siglo XXI, Buenos Aires, 2003.

Eco, Humberto, *Algunas consideraciones acerca de las lenguas perfectas*, ed. Eudeba, Buenos Aires, 1995.

Eco, Umberto, *Tratado de Semiótica General*, ed. Lumen, Barcelona, 1977.

Eidelsztein, Alfredo, *Las estructuras clínicas a partir de Lacan (volumen I)*, ed. Letra Viva, Buenos Aires, 2000.

Eidelsztein, Alfredo, *El grafo del deseo*, ed. Letra Viva, Buenos Aires, 2005.

Eidelsztein, Alfredo, *Las estructuras clínicas a partir de Lacan (volumen II)*, ed. Letra Viva, Buenos Aires, 2008.

Eidelsztein, Alfredo, *La pulsión respiratoria en psicoanálisis*, ed. Letra Viva, Buenos Aires, 2004.

English, Anna y English Horace, *Diccionario de Psicología y Psicoanálisis*, ed. Paidos, Buenos Aires, 1977.

English, Horace, *Diccionario Manual de Psicología*, ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1951.

Evans, Dylan, *Diccionario Introductorio de Psicoanálisis Lacaniano*, ed. Paidos, Buenos Aires, 1997.

Ey H., Bernard P. y Brisset Ch., *Tratado de Psiquiatría (8ª Edición)*, ed. Toray-Masson, Barcelona, 1980.

Fages, Jean Baptiste, *Para comprender a Levi-Strauss*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1974.

Fenichel, Otto, *Problemas de Técnica Psicoanalítica*, ed. Pax, México, 1960.

Ferrater Mora, José, *Diccionario de Filosofía (tomos I, II, III y IV)*, ed. Ariel, Barcelona, 1999.

Fishbein, M. y Pi-Sunyer, *Normas de Literatura Médica*, ed. La prensa Médica Mexicana, México, 1954.

Foucault, Michel, *Las Palabras y las Cosas (1966)*, ed. Siglo XXI, México, 1991.

Foucault, Michel, *El Nacimiento de la Clínica*, ed. Siglo XXI, México, 1977.

- Foucault, Michel, *La Voluntad de Saber* (1976), ed. Siglo XXI, Madrid, 1995.
- Foucault, Michel, *La Vida de los Hombres Infames*, ed. Altamira, La Plata, 1996.
- Foulkes, Eduardo, *Palabra Anatómica y Orden libidinal*, ed. Homosapiens, Rosario, 1998.
- Francioni, Mario, *Psicoanálisis, Lingüística y Epistemología en Jacques Lacan*, ed. Gedisa, Barcelona, 1983.
- Frazier S., Campbell R., Marshall M. y Werner A., *Terminología Psiquiátrica y de la clínica Psicológica*, ed. Trillas, México, 1976.
- Freud, Sigmund, *Obras completas*, (tomo I al XXIV), ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2002.
- Galimberti, Humberto, *Diccionario de Psicología*, ed. Siglo XXI, México, 2002.
- Galli, Valter y Trappolini, Massimo, *Vocabulario Dizionario Medico*, ed. E.M.C., Roma, 1985.
- Gelder M., Mayou R. y Geddes J., *Psiquiatría Oxford* (1999), ed. Marbán, Madrid, 2002.
- Gerez Ambertín, Marta, *Las voces del Superyo*, ed. Letra Viva, Buenos Aires, 2007.
- Gilbert, André, *Dictionnaire de Médecine*, ed. Librairie J-B. Bailliére et Fils, Paris, 1908.
- Gregory, Richard., *Diccionario Oxford de la Mente*, ed. Alianza, Madrid, 1995.
- Hales R., Yudofsky S., y Talbott R., *DSM IV. Tratado de Psiquiatría* (tomo III - 3ª Edición), ed. Masson, Barcelona, 2000.
- Harari, Roberto, *Discurrir el Psicoanálisis*, ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1985.
- Harari, Roberto, *El Seminario “La Angustia”, de Jacques Lacan: una introducción*, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1993.
- Harari, Roberto, *Los Cuatro Conceptos fundamentales del Psicoanálisis*, ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1991.
- Harriman, Philip, *Dictionary of Psychology*, ed. Littlefield and Co., New York, 1965.
- Herrera, María Teresa, *Diccionario Español de Textos Médicos Antiguos* (tomo I y II), ed. Arcos Libros, Madrid, 1996.
- Jacobson, Roman, *Ensayos de Lingüística General*, ed. Seix Barral, Barcelona, 1981.
- Jakobson, Roman y Halle, Morris, *Fundamentos del Lenguaje*, ed. Ayuso, Madrid, 1974.
- Jinkis, Jorge, *Una distinción tópica: el sujeto de la enunciación y el yo del discurso*, en *Cuadernos Sigmund Freud*, Buenos Aires, 1971.

Kahn, Ronald and Kahn Ada, The Encyclopedia of Phobias, Fears and Anxieties, ed. Facts on File, New York, 1989.

Kaplan H., Sadock B. y Grebb, J., Sinopsis de Psiquiatría, ed. Panamericana, Buenos Aires, 1997.

Kaufman, Pierre, Elementos para una Enciclopedia del Psicoanálisis, ed. Paidos, Buenos Aires, 1996.

Kebrat-Orecchioni, K., La enunciación, ed. Hachette, Buenos Aires, 1986.

Kuri, Carlos, Introducción al Psicoanálisis, ed. Homo Sapiens, Rosario, 1994.

Lacan, Jacques, Escritos I, ed. Siglo XXI, Buenos Aires, 1987.

Lacan, Jacques, Escritos II, ed. Siglo XXI, Buenos Aires, 1992.

Lacan, Jacques, Psicoanálisis, Radiofonía y Televisión, ed. Anagrama, Barcelona, 1993.

Lacan, Jacques, Intervenciones y textos, ed. Manantial, Buenos Aires, 1985.

Lacan, Jacques, Seminario 1, Los escritos técnicos de Freud, ed. Paidos, Buenos Aires, 1997.

Lacan, Jacques, Seminario 2, El yo en la teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica, ed. Paidos, Buenos Aires, 1993.

Lacan, Jacques, Seminario 3, Las Psicosis, ed. Paidos, Madrid, 1989.

Lacan, Jacques, Seminario 5, Las formaciones del inconsciente, ed. Paidos, Buenos Aires, 2009.

Lacan, Jacques, Seminario 7, La ética del psicoanálisis, ed. Paidos, Buenos Aires, 1992.

Lacan, Jacques, Seminario 10, La angustia, ed. Paidos, Buenos Aires, 2006.

Lacan, Jacques, Seminario 11, Los cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis, ed. Paidos, Buenos Aires, 1997.

Lacan, Jacques, Seminario 20, Aún, ed. Paidos, Buenos Aires, 1998.

Lain Entralgo, Pedro, Historia de la Medicina (1978), ed. Masson, Barcelona, 1997.

Laplanche, Jean, y Pontalis, Jean- Bertrand, Diccionario de Psicoanálisis, ed. Labor, Barcelona, 1993.

Laplanche, Jean, Vida y muerte en psicoanálisis, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1973.

Levi-Strauss, Claude, Arte, Lenguaje, Etnología, ed. Siglo XXI, México, 1996.

Levi-Strauss, Claude, Las estructuras elementales de parentesco, ed. Paidos, Buenos Aires, 1986.

Lévi Strauss, Claude, Antropología Estructural, ed. Losada, Buenos Aires, 1974.

- Lévi-Strauss, Claude, y otros, *El análisis estructural*, ed. Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1978.
- Lewin, Kurt, *La teoría del campo en la ciencia social*, ed. Paidós, Buenos Aires, 1978.
- Lock, Steven y Smith, Anthony, *Diccionario Médico Familiar*, ed. Reader's Digest Iberia, Madrid, 1981.
- Lombardi Gabriel, *El Síntoma y el acto*, ed. Atuel, Buenos Aires, 1983.
- Lombardi Gabriel, *La resistencia como máscara del deseo*, ed. Punto sur, Buenos Aires, 1991.
- López Piñero, José, *Breve Historia de la Medicina*, ed. Alianza, Madrid, 2000.
- Martínez, Gerardo, *Borges y la Matemática*, ed. Eudeba, Buenos Aires, 2003.
- Maried, Jorge y Villabona, Carlos, *Diccionario de medicina (tomo II)*, ed. Marín, Barcelona, 1991.
- Masotta, Oscar, *Ensayos Lacanianos*, ed. Anagrama, Barcelona, 1996.
- Melloni B., Eisner G. y Dox I., *Diccionario Médico Ilustrado*, ed. Reverte, Barcelona, 1983.
- Merani, Alberto, *Diccionario de Psicología*, ed. Grijalbo, Barcelona, 1976.
- Miller, Jacques-Alain, *Matemas I*, ed. Manantial, Buenos Aires, 1987.
- Miller, Jacques-Alain, *Lógicas de la vida amorosa*, ed. Manantial, Buenos Aires, 2009.
- Miller, Jacques-Alain, *Dos dimensiones clínicas: síntoma y fantasma*, ed. Fundación del campo freudiano, Buenos Aires, 1984.
- Miller, Jacques-Alain, *Biología Lacaniana y acontecimiento del cuerpo*, ed. Colección Diva, Buenos Aires, 2002.
- Miller, Jacques-Alain, y otros, *El Síntoma charlatan*, ed. Paidós, Barcelona, 1998.
- Milner, Jean-Claude, *La obra clara*, ed. Manantial, Buenos Aires, 1996.
- Milner, Jean-Claude, *El Amor por la Lengua*, Nueva Imagen, México, 1980.
- Milner, Jean-Claude, *Los Nombres Indistintos*, ed. Manantial, Buenos Aires, 1999.
- Monedero Gil, Carmelo, *Psicopatología Humana*, ed. Siglo XXI, Madrid, 1996.
- Morris Fishbein, M., *Illustrated Medical and Health Encyclopedia*, ed. Stuttmann Co., New York, 1963.
- Muniagurria, Alberto y Libman, Julio, *Semiología Clínica*, ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1988.
- Nancy, Jean-Luc y Lacoue-Labarthe, Philippe, *El título de la Letra*, ed. Buenos Aires, Barcelona, 1981.

- Nasio, Juan, (comp.), *Acto Psicoanalítico*, ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1991.
- Nasio, Juan, *Enseñanza de 7 conceptos cruciales del psicoanálisis*, ed. Gedisa, Barcelona, 1996.
- Nasio, Juan, *El dolor en la Histeria*, ed. Paidos, Buenos Aires, 1993.
- Nawawi, Charles, *Génesis de los conceptos de consistencia y de completud en las Matemáticas*, Cuaderno Clínica I A, UNR, Rosario, 1999.
- Nicolosi L., Harryman E. and Kresheck J., *Terminology of Communication Disorders*, ed. Williams and Wilkins, Baltimore, 1983.
- Page, James, *Manual de Psicopatología*, ed. Paidos, Barcelona, 1982.
- Peñalver Simó, Mariano, *La lingüística estructural y las ciencias del hombre*, ed. Nueva visión, Buenos Aires, 1972.
- Pelicier, Yves, *Léxico de Psiquiatría*, ed. Huemul, Buenos Aires, 1977.
- Piaget, Jean, *El Estructuralismo*, ed. Proteo, Buenos Aires, 1971.
- Pérgola F., Okner O., *Introducción a la Semiología*, ed. EUDEBA, Buenos Aires, 1983.
- Pieron, Henri, *Psicología*, ed. Kapeluz, Buenos Aires, 1964.
- Porot, Antoine, *Diccionario de Psiquiatría*, ed. Labor, Barcelona, 1977.
- Pujó, Mario. *Lo que no cesa del psicoanálisis a su extensión*. Ediciones Del Seminario. Bs. As. 2001.
- Quijada, Osvaldo, *Diccionario Integrado de Sexología*, ed. Alambra, Madrid, 1983.
- Rabant, Claude, *Inventar lo Real*, ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1993.
- Rabinovich, Norberto, *El Nombre del Padre*, ed. Homosapiens, Rosario, 1998.
- Rassial, Jean Jacques, *El sujeto en estado límite*, ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 2001.
- Récanati, Francois, *La transparencia y la enunciación*, ed. Hachette, Buenos Aires, 1981
- Riera, Juan, *Historia, Medicina y Sociedad*, ed. Pirámide, Madrid, 1985.
- Ritvo, Juan, *Repetición: Azar y Nominación*, ed. de la Perra, Rosario, 1994.
- Ritvo, Juan y Kuri, Carlos, *Ensayo de las razones*, ed. Letra Viva, Buenos Aires, 1997.
- Ritvo, Juan, *El Tiempo Lógico*, ed. Letra Viva, Buenos Aires, 1990.
- Rhodes, Philip, *Introducción a la Historia de la Medicina (1985)*, ed. Acribia, Zaragoza, 1987.
- Rodríguez, Francisca, *Diccionario de los términos técnicos usados en Psicología*, ed. Cabaut, Buenos Aires, 1916.

Rueda, Cristiano, Diccionario de Ciencias Médicas (9º edición), ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1992.

Ruiz Lara, Rafael, Nuevo Diccionario Médico, ed. Teide, Barcelona, 1984.

Safouan, Moustapha, Angustia, Síntoma, Inhibición, ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1988.

Sánchez, Miguel, Manual de la Historia de la Medicina y terminología Médica, ed. Facultad Complutense, Madrid, 1995.

Sanguinetti, Lucio, Semiología, Semiotécnica y Clínica Propedéutica, ed. Lopez Libreros, Buenos Aires, 1978.

Saussure, Ferdinand de, Curso de Lingüística General, ed. Losada, Buenos Aires, 1945.

Sendrail, Marcel. Historia Cultural de la Enfermedad (1980), ed. Espasa Calpe, Madrid, 1983.

Soler, Colette, La maldición del Sexo, ed. Manantial, Buenos Aires, 2000.

Soler, Colette, Finales de análisis, ed. Manantial, Buenos Aires, 1993.

Soler, Colette, La querella de los diagnósticos, ed. Letra Viva, Buenos Aires, 2009.

Soler, Colette, La repetición en la experiencia psicoanalítica, ed. Manantial, Buenos Aires, 2004.

Spirolazzi, Giancarlo, Dizionario di Psicopatologia Forense, ed. Giuffré, Milan, 1969.

Starobinski, Jean, La relación Crítica (Psicoanálisis y Literatura), ed. Taurus, Madrid, 1974.

Szekely, Bela, Diccionario Enciclopédico de la Psique (4ª Edición), ed. Claridad, Buenos Aires, 1966.

Szpirko, Jean, La Clínica Psicoanalítica, ed. Homosapiens, Rosario, 1997.

Taber, Clarence, Taber's cyclopedic Medical Dictionary (11ª Edition), ed. Davis Company, Philadelphia, 1971.

Umbarger, Carter C., Terapia Familiar Estructural, ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1983.

Valdez Miyar, Manuel, Diccionario de Psiquiatría, ed. Masson, Barcelona, 1996.

Valmor, Daniel, Diccionario de Psicología y Psicoanálisis, ed. Schapire, Buenos Aires, 1966.

Vidal, G. Bleichmar, H. y Usandivaras R., Enciclopedia de Psiquiatría, ed. Ateneo, Buenos Aires, 1977.

Virel, Andre, Vocabulario de la Psicoterapia, ed. Gedisa, Barcelona, 1985.

Vitale Alejandra, El estudio de los Signos. Pierce y Saussure, ed. Eudeba, Buenos Aires, 2002.

Warren, Howard, Diccionario de Psicología (6ª Edición), ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1966.

Watzlawich, Paul, Teoría de la comunicación humana, Ed. Tiempo contemporáneo, Buenos Aires, 1971.

Winn, Philip, Dictionary of Biological Psychology, ed. Routledge, New York, 2001.

Wolman, Benjamin, Dictionary of Behavioral Science, ed. Academic Press, San Diego, 1989.

Zizek, Slavoj, El sublime objeto de la ideología, Siglo XXI, México, 1996.

RESUMEN EN INGLÉS

TITLE:

"Comparative study of the notion of symptom in the work of Sigmund Freud and current medical and psychiatric perspective. "

INTRODUCTION

All production and interpretation of meaning in the medical field and is a significant psychoanalytic practice, a process of semiosis that conveys meaning and is materialized through texts. He also was painting a place of reading came to my aid, is therefore to start this conclusion with the Freudian appointment. In the spirit of rescue that time in the late nineteenth century where paint, medicine and psychoanalysis incipient conjured looking for a method "from the slag -" refuse "- observation".

Freud shows us in his work intratheoretical confront the possibility of a symptomatic picture elements just as an artistic work, with the same evidential method. Fracturándolos in its entirety and articulating constellations of meaning from similar, contradictory, inconsistent or consistent underlying elements. We start with Hippocrates and his followers, who performed the diagnosis and prognosis of the disease following a series of small signs. According to some scholars, medical semiotics was not surpassed until the sixteenth century to the time of establishment of modern medicine, we could read in detail by Rembrandt painting. From that moment the human sciences say, a paradigm of evidence that was based on a language and method. But it is in the late nineteenth century where the "base" of ancient roots, is in the symptomatic reading otherwise possible. Another possibility of semiosis based on the same medical Genealogy gathering details, representational slag, without rushing to capture a whole misleading.

OBJECTIVES

1. When I set up a possible path of this thesis was through its general goal: "To characterize that continuities and discontinuities are articulated between the

formulation of Freudian symptom and models of interpretation and classification of symptoms of mental illness in the medical order". And especially in one of the specific objectives: "Match the kind of semiotic reading established by the Freudian field and medical science".

2. In all subsequent journey you took hold in my interrogation by the semiotics of each field. As a fruitful interpretation and production of Sense, where history established continuities and differences disruptions place. Significant studying phenomena, objects of senses, meaning systems, languages, speeches and processes associated with them.
3. After having cut briefly in my previous research the notion of symptom in the history of medicine, in a diachronic vision, and compiled their current definitions in manual medicine and psychiatry, synchronous vision. I could get a pretty good idea in the first part of the thesis, the semiotic reading established medical order on the symptom.

RESULTS

The medical order when addresses defines pathological symptom, and electively referred to a state of the body, where you see a mess, a deviation from the norm. This justifies the usual use of the noun "pathology" or "pathological" adjective. But deviated from a standard, which originally was based on physical and chemical thresholds, it was a criterion applied beyond physiological disease causation. With the establishment of psychiatry as a medical specificity in order, the mental is defined as an organ. The mental as an essential organ in adapting to the reality of human beings, as a species from the natural kingdom. This assumption of modern science all psychopathology reduced to a science of the brain, a brain biochemistry.

The proposal of psychoanalysis reduced the subjective position of the analysand to a conflict with a norm of the mental. The parameter does not appear shown as the adaptation of the individual to his environment. Because the very notion of subject that psychoanalysis keeps thinking presupposes harmony with anything in the world. Here is the necessary assumption of an object of desire as a subtraction of the real, but at the same time, causation is established as the functioning of the psychic apparatus. Psychoanalysis takes and redefines the old notion of disease. That which is established in a discursive context where passions and disease were

deeply related: the passions were diseases of the soul, as diseases were the passions of the body, extending to each other, thereby giving rise to each other. A field of pathos which is structured in the passions unleashed by the scenes which the patient unconscious reveals the analyst defined. You go from the medical organic positivity, the phantasmic structure of human passions and etiology of mental distress.

The biological basis of mental illness, its prejudicial nature, is the primary concern of the physician order from the nineteenth century to become a scientific discourse. Nosography and its organic counterpart constitute two material guarantees ultimate truth. Under the model of biology, psychiatry becomes the objective science of aptitudes, reactions and behaviors. Psychiatry, psychology and then appear as modern science of biology of behavior. A transfer involving the naturalization of the psychic, and currently, the legitimization of neuroscience as a biology of moral control and the will in the subjects.

The psychiatric diagnosis shows the necessarily passive position around the patient for surgery. This is read and evaluated from a preset know qualifier to specify its diagnosis to objectively apply the appropriate treatment resources to their condition. From this understanding, diagnosis and therapy are separated, and the first appears as a determinant of second.

Psychoanalysis proposes a decisive requirement for activity of the analyser, his unconscious involvement in the formation and maintenance of their symptoms. What is his writings Lacan defined as "subjective rectification" that which accompanies or influences the real entrance to an analysis. A correction that will demand a cure, supposedly originated in an external cause, the patient perceives his subjective responsibility for this.

The therapeutic action proposed by psychoanalysis shows that the transference becoming structural diagnosis determines everything as provisional. This diagnostic directs the clinical work, as a conjecture on the structure of the material presented by the patient. Without being determinative of a person in itself, but its story. Clinical novelty introduced Freud was told by placing the patient as essential not objecting constantly their knowledge and mobilizing them to associative activity.

Another point to note is divergent medical necessity to remove, remove, separate, isolate any symptoms. Instead, the ineradicable condition of symptom demonstrated in the analytical process to be speaker gives the possibility to cope with it. "His symptoms" can go out of

libido, detangle, warn a patient division into being. This ends up being support to the Freudian clinical practice: take the motor symptoms as a cure for the assumption of castration itself.

CONCLUSIONS

Freud demonstrated in his theorizing that the symptom is always a substitute satisfaction for the patient. Before a waiver required in everyday life, the sick person is unconscious secondary benefit in symptoms. Determining other methods for healing that is not directly eliminate symptoms. These are the product of repressed desires, so the only non-iatrogenic solution appears to mobilize the analyser to reinvent their symptoms for a desiring production. This is a sequence that sets the analytic experience: suffering - symptomatic satisfaction - desiring-production. Such a sequence suggests a therapeutic innovation for the field of mental health.

Freud paid tribute at the time to biologicism nineteenth century, including psychoanalysis within natural sciences. But also, he took a decisive step to reject the theory of mental degeneration, or to question the distinction between normal and pathological. Although he left nosography of his time, which put in question, he was not tied to psychiatric knowledge. He founded his method in the particular case by case say, breaking with the objectifying condition of the scientific method. The psychiatric symptoms, trimmed and codified in terms of morbid entities, differs substantially from that which reveals the experience of psychoanalysis in the space created by the transfer: as the bearer of an unconscious truth.

Another important distinction is the idea of psychoanalysis clinic structure, which involves recognizing that the observable phenomena in a patient only have value by their articulation with other elements. The simple and direct visible phenomenology of symptoms does not determine a case, establishing a clear opposition between structural relationship in psychoanalysis and the phenomenal record synthesized in medical syndromes order.

If there is the name of a possible diagnosis in psychoanalysis, this entails in itself a therapeutic effect, may appoint the unconscious patient responsibility in the etiology of the symptom that afflicts. To warn his involvement in the formation and maintenance. Unlike the judgment of the medical diagnostic agent presupposes an objectivity, an externality and a full understanding of the morbid picture.

Guessing the subject psychoanalysis it is established from a subjective division in his knowledge. It is not fully aware of what you feel and think, and the idea of medical simulation lie or is invalidated. Is the point of opacity that symptom and that is split, giving presence to represent it to themselves and to others. The symptom is the split be installed in the speaker division that makes it "subject" and not an isolable, generalizing and indivisible "individual".

For Freud the symptom does not cure, it remains as the mark of a necessary loss for our coming to culture. It is established as the mark of his castration, his discomfort. But his incurability, demonstrated in the analytical process, gives the speaker the opportunity to be coping with it: simplify, unravel that, noticing as his being-in-division. And tempered in their substitutive satisfactions, which fed on unconscious fantasies, you can know that pain relief is not dependent on another but the act itself desiring. The address will Freudian cure inhibition to act, the universe of the desiring act neurotic fantasies.

Subjectivity is a discontinuity, a break of causality that Lacan nominated as the place of the object. As an additional cause precisely reconstructs no continuity of the disease. This causality suggests another idea of time than the medical linearity: anamnesis - diagnosis - prognosis, and therapy does not necessarily involve a mechanical restoration of an earlier state of ideal health and, ultimately, mythical.

For Freud our existence and our desire to articulate defining our reality, which is none other than our psychic reality. Actually made of remnants of perceptions, images symbolic marks and ego. Lacan theoretically I guess these three orders in real, symbolic and imaginary, considering this tripartite division of subjective references as its contribution to the reading of Freud and psychoanalysis experience.

Is perhaps the name "symptomatic sacrifice" what we would call this fourth consistency. Which would link suffering and pleasure, pain and joy of hanging more or less normalized our existence. Not as an unresectable alienation, but as the ultimate sacrifice of our particular brand to be adopted in the world. The form of that original waiver Freud reminds us so often in his work, and described particularly in "The malaise of civilization".